

# ГАРМОНІЗОВАНИЙ ЗВІТ УКРАЇНИ ПРО ДОСЯГНУТИЙ ПРОГРЕС У ЗДІЙСНЕННІ НАЦІОНАЛЬНИХ ЗАХОДІВ У ВІДПОВІДЬ НА ЕПІДЕМІЮ СНІДУ

*Звітний період: січень 2015 р. – грудень 2015 р.*

## SUMMARY

The HIV epidemic in Ukraine is the second biggest HIV epidemic among the Eastern European and Central Asian (EECA) countries. 19% of a total number of PLHIV of the EECA region live in Ukraine. Ukraine accounts for 25% of AIDS-related deaths of a total number of AIDS-related deaths estimated for the Eastern European and Central Asian countries.

In accordance with the recent HIV and AIDS estimates at the beginning of 2015, approximately 223 thousands PLHIV live in Ukraine. 218 thousands persons are PLHIV over the age of 15. HIV prevalence in this age group totaled to 0.58%. As of end 2015, 126.6 thousands HIV positive persons are under medical supervision; of them, 57% live in 4 regions of Ukraine – Dnipropetrovsk, Donetsk, Mykolayiv and Odesa regions.

Annually approximately 30 thousands HIV positive persons using the laboratory examinations and approximately 20 thousands of them are diagnosed for the first time and 10 thousands persons (50% are diagnosed simultaneously for HIV and AIDS). In 2015, over 2.3 million persons were screened for HIV, including 1.1 million tested persons among donors and pregnant women. A share of persons from the most-at-risk populations among those screened averaged to 17% ranging between 3.9% in Zakarpattia region and 36.1% in the city of Kyiv.

Today Ukraine continues to provide key HIV treatment and prevention services building on the positive trends in the country's achievements in fighting HIV and AIDS. Thus, during the period 2006-2015, ART was 20 times scaled up, from 3 058 persons up to 60 753 persons; a share of state budget used for procurement of ART drugs in those years increased 13 times from 6% to 78%, while the opioid substitution therapy program was expanded from 160 clients to 8 500 clients, of whom 41% are HIV positive persons. In accordance with the serological surveys, during the last 12 years level of HIV transmission from mother to child dropped sevenfold, from 27.8% in 2001 down to 3.8% in 2013.

The growing sexual HIV transmission has the significant (% share in 2015) impact on the epidemiological trends in the key populations, bridge groups and general population. HIV prevalence among men having sex with men (MSM) population is growing in 60% of the regions of the country. Of total number of HIV positive cases among men who have sex with men registered during all years 27% cases were registered in 2015. The prevalence in this group increased from 5.9% in 2013 to 8.5% in 2015. According to the results of bio-behavioral studies, HIV prevalence has increased among people who inject drugs (PWID) from 19.7% in 2013 to 21.9% in 2015 and from.

Though the AIDS related deaths rate has a tendency to stabilize in Ukraine, more than 50% of newly registered HIV cases are diagnosed having AIDS, what results in late treatment initiation. Delayed linkage to care for those who diagnosed and consequently late detection of AIDS and TB / HIV co-infection causes high mortality rate among the patients (55% of all AIDS-related deaths). The high level of stigma and discrimination remain the main drivers of the epidemic in the country.

The socio-economic crisis in Ukraine since end 2013 and armed conflict in the Eastern part of the country have changed the political and economic priorities of Ukraine. Armed conflict affected territory with 5.2 mln population, with Donetsk region mostly hit by HIV and TB. 25% of PLHIV on treatment (13 000) and 45 000 PWID live (d) in Donetsk and Lugansk region. 40% of PLHIV under

medical supervision and 40-50% of PLHIV on treatment of these regions remain in the non-government controlled territory.

Devaluation of the national currency, loss of purchasing power of the state budget for antiretroviral drugs, late drugs procurement by the country and delays in services provision developed a risk of treatment interruption, what was mitigated with support of the donors (GFARM, PEPFAR) and UN under UNAIDS coordination, thus increasing the share of donor funding for ART up to 30% .

Ukraine implements a range of reform in different areas which have direct impact on the the systems of management, budgeting, public health and related to the capacity of the country to Fast Track response towards UNAIDS 90-90-90 targets.

In order to maintain the achieved results and strategize for new 90-90-90 ambitious tragets, the Ministry of Health established an intersectorial working group to develop sustainable response to TB and HIV/AIDS epidemics upon GFATM phasing out. The working group with the technical support of UN, donors and technical partners developed a draft "Strategy for sustainable response to TB, including its resistant forms, and HIV/AIDS epidemics for the period till 2020 and plan for its implementation". The Strategy sets the 90-90-90 targets and sets optimization options for HIV prevention, treatment, care and support for ending AIDS as a public health threat by 2030.

On the way to the UNAIDS Strategy implementation "Fast-Track - Ending the AIDS epidemic by 2030" the city of Kyiv signed the Paris Declaration on April 5, 2016 and became the first city in Eastern Europe and Central Asia starting the Fast Track Strategy implementation in large cities.

To end AIUDS by 2030 and implement Fast Track Ukraine started the process of reviewing existing strategies and policies for organization of the response to HIV epidemic in Ukraine and adopted in December 2015 the WHO guidelines on early treatment initiation.

## РЕЗЮМЕ

В Україні спостерігається друга за величиною епідемія ВІЛ-інфекції серед країн Східної Європи та Центральної Азії. За оціночними даними в країні мешкає 19% людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), від загальної кількості ЛЖВ в цьому регіоні. На долю України припадає 25% смертей від СНІДу від оціночної кількості смертей від СНІДу, розрахованої для країн Східної Європи та Центральної Азії.

За оновленими оцінками щодо ВІЛ/СНІД, на початок 2015 р. в Україні мешкає майже 223 тисячі ЛЖВ, з яких 218 тисяч осіб – це ЛЖВ віком 15 років і старше, рівень поширення ВІЛ серед цієї вікової категорії населення становив 0,58%. На початок року під медичним наглядом знаходилося 126,6 тис. ВІЛ-інфікованих осіб, з них 57% осіб проживали у 4-х регіонах України – Дніпропетровської, Донецької, Миколаївської та Одеської областях.

В останні роки в Україні щорічно близько 30 тис. ВІЛ-позитивних осіб виявляють за даними лабораторних досліджень, близько 20 тис. осіб реєструють з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, у 10 тис. осіб (50%) одночасно діагностується ВІЛ-інфекція і СНІД. У 2015 р. було обстежено на ВІЛ-інфекцію 2,3 млн. осіб, у т.ч. без урахування донорів та вагітних 1,2 млн. осіб, серед яких частка обстежених осіб з груп підвищеного ризику склала 17% та у різних регіонах країни коливалась від 3,9% у Закарпатській області до 36,1% у м. Києві.

Сьогодні, в Україні продовжують надаватися основні послуги з лікування та профілактики ВІЛ-інфекції, які дозволяють зберігати досягнення та позитивні тенденції в боротьбі з ВІЛ/СНІДом. Так, за період 2006-2015 рр. кількість осіб, які отримують АРТ, збільшилась майже у 20 разів - з 3 058 осіб до 60 753 осіб, частка закупівель антиретровірусних препаратів за кошти державного бюджету зросла в 13 разів - з 6% до 78%, доступ клієнтів до програм ЗПТ був значно розширений - з 160 до більш ніж 8 500 осіб, серед яких 41% ВІЛ-позитивні особи. За 12 років, за даними серологічних досліджень, рівень передачі ВІЛ від матері до дитини знизився в 7 разів - з 27,8 % в 2001 р. до 3,8 % в 2013 р.

Активізація статевого шляху передачі ВІЛ має широкий вплив на епідеміологічні тенденції в групах особливого ризику, групах-містках та серед загального населення. Рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ зростає на 60% території країни. У 2015 р. зареєстровано 27% ЧСЧ від загальної кількості ВІЛ-інфікованих ЧСЧ, які перебували під медичним наглядом на кінець року. Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ виросла з 5,9% у 2013 р. до 8,5% у 2015 р. За даними біоповедінкових досліджень, зросла поширеність ВІЛ серед СІН з 19,7% у 2013 р. до 21,9% у 2015р.

Незважаючи на загальну стабілізацію у кількості випадків смертей пов'язаних із СНІД, більше 50% нових випадків ВІЛ-інфекції діагностуються разом із СНІД, що обумовлено несвоєчасним зверненням за медичною допомогою, відкладає надання ВІЛ-послуг, а від так спричиняє пізнє виявлення СНІДу та поєднаних форм ВІЛ/ТБ, що обумовлює високий рівень смертності серед хворих (55% від загальної кількості смертей, пов'язаних зі СНІД). Високий рівень стигматизації та дискримінації у зв'язку з ВІЛ/СНІДом є одним з факторів, що сприяє поширенню епідемії ВІЛ-інфекції у країні.

Соціально-економічна криза та військові дії на сході країни, що почалися наприкінці 2013 року, змінили політичні та економічні пріоритети в Україні. Військові дії відбуваються на територіях, де проживає 5.2 мільйони населення, включно територію Донецької області, яка є найбільш уражена ВІЛ та туберкульозом. 25% ЛЖВ, які перебували під медичним наглядом

(13000) та 45000 СІН мешкали на території Донецької та Луганської областей. В результаті збройного конфлікту, 40% ЛЖВ, які перебували під медичним наглядом та до 50% ЛЖВ, які отримували АРТ, опинилися на території, невідконтрольній уряду України.

Девальвація національної грошової одиниці та скорочення реальної закупівельної спроможності бюджету державної програми фінансування АРТ спричинили затримки у закупках медичних препаратів та їх надходження та створили загрозу до переривання у схемі лікування пацієнтів. Уникнути загрози вдалося завдяки підтримки донорів (GFARM, PEPFAR) та за координації UNAIDS, що призвело до зростання частки донорського фінансування АРТ до 30%.

Україна проводить ряд реформ в системі управління, бюджетування, охорони здоров'я та інших сферах, які мають вплив на модель та якість надання послуг у сфері ВІЛ/СНІДу та формування комплексу заходів у напрямку цілей Стратегії ЮНЕЙДС 90-90-90. Для збереження досягнутих результатів та у рамках досягнення цілей 90-90-90 була організована Міжвідомча робоча група МОЗ України з питань забезпечення сталої відповіді епідеміям туберкульозу та ВІЛ/СНІДу за умов закінчення програм Глобального фонду. При технічній підтримці ООН, донорів та інших партнерів група розробила проект «Стратегії забезпечення сталої відповіді епідеміям туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації», що передбачає оптимізацію послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки з метою припинення СНІДу як загрози суспільної охорони здоров'я до 2030 року.

На шляху до реалізації Стратегії ЮНЕЙДС «Прискорення: припинення епідемії СНІДу до 2030 року» м. Київ став першим містом у Регіоні Східної Європи та Центральної Азії, який 5 квітня 2016 р. підписав Паризьку Декларацію з намірами реалізації Стратегії у великих містах.

Для досягнення мети Стратегії ЮНЕЙДС до 2030 було розпочато перегляд існуючих стратегій та політик щодо організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні та у грудні 2015 адаптовано ВООЗ настанови щодо раннього початку терапії.

## РОЗДІЛ І. СТИСЛИЙ ОГЛЯД

Звітність про досягнутий прогрес у здійсненні глобальних заходів у відповідь на СНІД, що подається у 2016 році, є перехідною від звітності про прогрес у досягненні цільових показників у зв'язку зі СНІДом в рамках Цілей розвитку тисячоліття до звітності в рамках Цілей стійкого розвитку. Цей раунд звітності є останнім для Політичної декларації 2011 року та стане основою для моніторингу цільових показників з ВІЛ/СНІДу, які повинні бути затверджені в червні 2016 року на зустрічі високого рівня.

Політична декларація 2011 року бере свою основу з двох попередніх політичних декларацій: Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом 2001 року і Політичної декларації з ВІЛ/СНІДу 2006 року. Декларація 2001 року відображає глобальний консенсус щодо комплексних рамок для досягнення Цілі розвитку тисячоліття 6: зупинити і повернути назад епідемію СНІДу до 2015 року. У рамках декларації 2006 року була визнана нагальна потреба в забезпеченні загального доступу до лікування, профілактики, догляду та підтримки в зв'язку з ВІЛ.

У рамках оцінки прогресу в подоланні епідемії ВІЛ-інфекції, Україна у 2016 році восьмий раз подає до секретаріату ЮНЕЙДС Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу: звітний період січень 2015 р. – грудень 2015 р. (Національний звіт України за 2015 р.), що включає три міжнародні звіти: Звіт з виконання рішень «Політичної декларації з ВІЛ/СНІД: активізація наших зусиль з викорінення ВІЛ/СНІД, 2011 р.», Звіт з виконання рішень «Дублінської декларації про партнерство у боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Європі та Центральній Азії, 2004 р.» та Спільний інструмент звітності ВООЗ, ЮНІСЕФ і ЮНЕЙДС «На шляху до загального доступу: нарощування масштабів пріоритетних заходів з ВІЛ/СНІД в секторі охорони здоров'я».

Національний звіт України за 2015 р. буде представляти собою повний та вичерпний огляд розвитку відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні та слугувати основним переліком показників для Уряду України, національних та міжнародних партнерів, що характеризує стан епідемії та відповідь країни на епідемію.

Рішенням Комітету з програмних питань Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 12.02.2016 р. для забезпечення подання Національного звіту 2015 р. затверджено перелік показників, відповідальні організації та терміни подання даних. Відповідним рішенням Програмного комітету ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ» та UNAIDS було доручено забезпечити підготовку проекту звіту України за 2015 рік про виконання Політичної декларації з ВІЛ/СНІД.

Національний звіт України 2015 р. складається з 55 показників, рекомендованих для усіх країн-членів ООН та включає показники каскаду лікування, за 21 показниками Україна не надає даних, оскільки вони не відповідають епідемії, що зареєстрована в Україні, або відсутній механізм збору даних. Частина наданих показників Національного звіту України 2016 р. була розрахована на основі даних офіційної статистичної звітності, для отримання інших були проведені спеціальні соціологічні та епідеміологічні дослідження.

Дані та результати Національного звіту України 2015 р. представляють погоджену точку зору широкого загалу партнерів, залучених до національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні.

## **A. Участь зацікавлених партнерів у процесі написання звіту**

Першочергову відповідальність за проведення моніторингу та оцінки у галузі ВІЛ/СНІД покладено на державні органи виконавчої влади. Відповідно до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та правовий і соціальний захист населення» здійснення міжвідомчої координації заходів із запобігання захворюванню на ВІЛ-інфекцію виконує центральний орган виконавчої влади у галузі охорони здоров'я – МОЗ України.

Слід зауважити, що зазвичай, процес підготовки та подання Національного звіту країни відбувається із широким залученням Національної Ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД яка приймає відповідне рішення про визначення переліку цілей та показників, відповідальних організацій та термінів подання даних. Тим не менш, у зв'язку зі складною політичною ситуацією у країні та процесом політичних реформувань – цей процес у 2015 році так і не був запущений.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 р. № 442 “Про оптимізацію центральних органів виконавчої влади” було прийнято рішення щодо ліквідації Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань (ДССЗ). У зв'язку з цим, та враховуючи кадрові зміни у структурі Міністерства охорони здоров'я України було тимчасово призупинено функціонування Національної Ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД. Не можливим було також і функціонування міжвідомчої робочої групи з питань моніторингу та оцінки ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, що була створена наказом ДССЗ № 26 від 22.02.2012 року, до функції якої, серед інших входило і координація процесу підготовки та подання Національного звіту країни.

У зв'язку з цим – підготовка та подання Національного звіту країни за 2015 рік відбувався за відповідальності раніше визначених репортерів - ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ» та ЮНЕЙДС. Тим не менш – згідно з рекомендаціями, що зазначені у Керівництві ЮНЕЙДС та для забезпечення прозорості у процесі прийняття відповідних рішень – остаточний варіант звіту був презентований та погоджений на Форумі зацікавлених сторін з обговорення Гармонізованого звіту України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу: звітний період січень 2015 р. – грудень 2015 року, що відбувся 31 березня 2016 року.

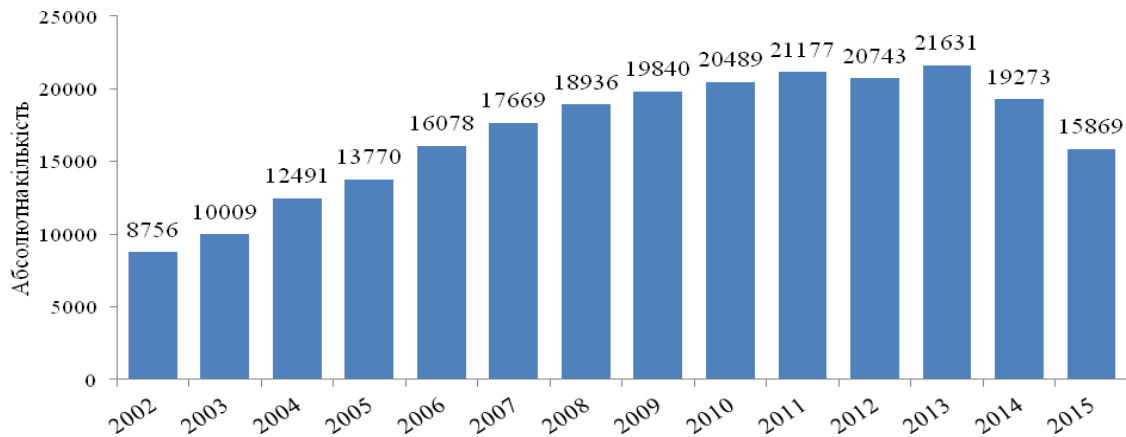
## **Б. Стан епідемії**

Сьогодні Україна залишається регіоном з високим рівнем поширення ВІЛ серед країн Європи та Центральної Азії. За оціночними даними, на початок 2015 р., в країні мешкало 223 тисяч ЛЖВ. У порівнянні з даними офіційної статистики щодо ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під медичним наглядом (126,6 осіб), майже половина ЛЖВ не знає про свій позитивний статус та не перебуває на обліку у закладах охорони здоров'я.

За період 1987-2015 рр. в Україні офіційно зареєстровано 280 358 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 84 045 випадків захворювання на СНІД та 38 457 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

У 2015 р. в Україні відмічається зниження кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб на 17,7% у порівнянні з 2014 р. – під медичний нагляд узято 15 869 осіб (37,0 на 100 тис. нас.), у 2014 р. – 19 273 (44,8 на 100 тис. нас.). Значне зниження відбулось переважно за рахунок

відсутності даних по тимчасово окупованій території АР Крим, м. Севастополь з 2014 року та частині зони проведення антитерористичної операції з 2015 року (рис. 1).



*Рисунок 1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України по роках за період 2002 – 2015 рр.*

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні сконцентрована у містах – 73% нових випадків ВІЛ-інфекції в 2015 р. було зареєстровано серед міського населення, частка вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед сільського населення поступово збільшується – з 23,0% у 2013 р. до 27% у 2015 р.

Відповідно розподілу за статтю серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб переважає та повільно зростає питома вага чоловіків (2013 – 2015 рр.: 55,3%, 55,9%, 56,9%), знижується питома вага жінок (2013 - 2015 рр.: 44,7%, 44,1%, 43,1%).

У віковій структурі нових випадків ВІЛ-інфекції переважають особи віком 25-49 років, частка яких складала у 2015 р. 66,4%. Протягом останніх років спостерігається стала тенденція до зниження частки випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15-24 років серед усіх уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції - з 12% у 2009 р. до 5,7% у 2015 р.

Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні, з 1995 р. до 2007 р., включно, був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 р. в Україні відбулась зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ-інфекції зі штучного парентерального при вживанні ін'єкційних наркотиків, на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах, який продовжує набувати все більш суттєвого епідемічного значення. У структурі шляхів передачі ВІЛ питома вага статевого шляху передачі ВІЛ невпинно зростала та у 2015 р. становила 72,5%, парентерального, при вживанні ін'єкційних наркотиків – 26,6%.

Згідно офіційних даних, в Україні намітилися чіткі тенденції до зменшення, як абсолютної кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед СІН, так і частки СІН серед нових випадків ВІЛ-інфекції (рис. 2).

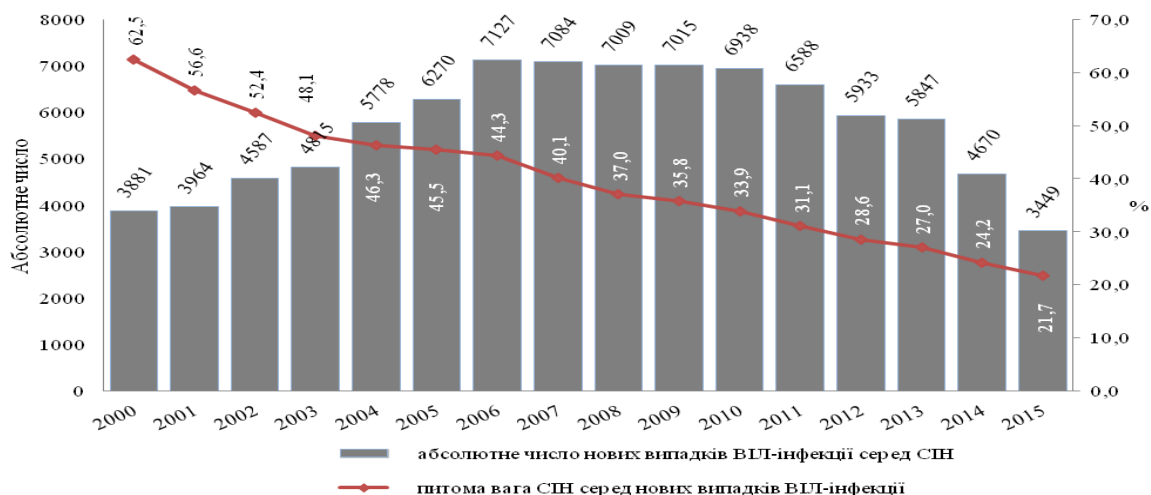


Рисунок 2. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед СІН в Україні за період 2000 – 2015 рр.

Проте, актуальність парентерального шляху передачі ВІЛ при ін'єкційному введенні наркотичних препаратів залишається високою. За даними біоповедінкового дослідження, зросла поширеність ВІЛ серед СІН з 19,7% у 2013 р. до 21,9 % у 2015 р.. За даними офіційної статистики 2015 р., у 7 регіонах (Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Кіровоградська, Полтавська, Чернігівська області) частка СІН серед нових зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб збільшилась.

Все більшу епідемічну значимість набуває група підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ - чоловіки, які мають секс із чоловіками. В країні щорічно зростає кількість офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи – з 20 осіб у 2005 р. до 368 у 2015 р. Проте, існує суттєве недоврахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних із статевими стосунками між чоловіками, через низку причин. Крім того, практикування бісексуальних контактів є факторами ризикованою поведінки ЧСЧ та відіграє суттєву роль у поширенні ВІЛ від ЧСЧ до загального населення.

За даними сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ, у 2015 р. зменшилась кількість осіб, обстежених на ВІЛ-інфекцію, проти даних попередніх років та склала 2 344 741 громадян України (2013 р. - 2 758 309, 2014 р. - 2 608 063). Кількість позитивних результатів у 2015 р. зменшилась, також, та склала 23 193 (2013 р. - 29 932, 2014 р. - 27 236). Відповідно, поширеність ВІЛ серед громадян України склала у 2015 р. 0,99% (2013 р. - 1,09%, 2014 р. – 1,04%). Зменшення показників пов'язане переважно з відсутністю даних по територіям АР Крим, м. Севастополь з 2014 р. та зони проведення антитерористичної операції - з 2015 р.

У 2015 р., як і у попередні роки, найвища поширеність ВІЛ виявлена при обстеженні осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими (14,6%), осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі (5,6%) та померлих осіб (7,8%). Найнижчу поширеність ВІЛ – серед осіб, які мають ризик інфікування ВІЛ унаслідок медичних маніпуляцій за епідеміологічними показаннями (0,1%), донорів (0,1%) та призовників / абітурієнтів військових закладів (0,3%). Представники груп підвищеного ризику щодо інфікуванні ВІЛ (ГПР) в Україні складають четверту частину серед загальної кількості обстежених на ВІЛ осіб (без урахування донорів та вагітних), частка їх серед обстежених осіб по регіонах коливається від 5% до 48%.



В останні роки в Україні щорічно виявляли до 30 тисяч ВІЛ-позитивних осіб за даними лабораторних досліджень, реєстрували майже 20 тисяч осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції та до 12 тисяч осіб знімали з обліку за різними причинами, у т.ч. у зв'язку зі смертю. Показник охоплення медичним обліком ВІЛ-позитивних осіб залишається на недостатньому рівні та неперевушає 70%, щорічно близько третини ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за результатами тестування на ВІЛ, залишаються поза медичним обліком. Більше 50% осіб віком 15 років та старше виявляються вперше на 3 та 4 клінічних стадіях ВІЛ-інфекції.

До 2012 р. спостерігалась тенденція до зростання показника захворюваності на СНІД. Протягом останніх трьох років показник коливався, у 2015 році знизився та становив 19,8 на 100 тис. нас. (темп зниження: -13,7%). Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Україні, як і раніше, залишається туберкульоз, який виявлено в 4 470 (52,8%) випадках з 8 468 нових випадків СНІДу та в 12 566 випадках (36,9%) серед 34 016 хворих на СНІД, які перебувають під медичним наглядом станом на 01.01.2016 р.

Смертність від СНІДу має позитивну тенденцію до зниження. За даними 2015р. померло від СНІДу 3 032 особи, показник смертності від СНІДу склав 7,1 на 100 тис. нас., темп зниження: -11,2%. Основною причиною смерті серед померлих від СНІДу залишається туберкульоз (55%) (рис. 3).

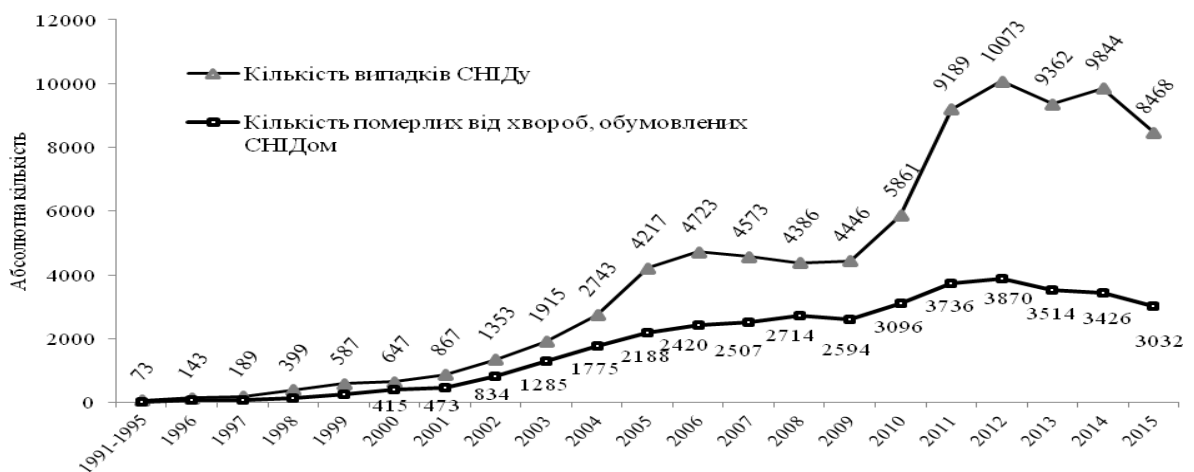


Рисунок 3. Кількість нових випадків СНІДу та померлих від хвороб, обумовлених СНІДом, серед громадян України в 1991 – 2015 рр.

Кількість осіб, які отримують АРТ, збільшилась майже у 20 разів - з 3 058 осіб до 60 753 осіб. На 01.01.2016 р. кількість пацієнтів, які отримують АРТ, складає 30% від оціночної кількості осіб, які її потребують. Рівень смертності серед ЛЖВ, які не перебували на АРТ у 1,5 рази вище, ніж серед ЛЖВ, які її отримували – 7,0 та 4,6 на 100 тис. нас.

У цілому можна стверджувати, що в Україні завдяки реалізації комплексу заходів, передбачених Загальнодержавною програмою боротьби з ВІЛ/СНІДом, підтримці Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та інших міжнародних організацій, з'явилися перші ознаки уповільнення епідемічного процесу ВІЛ-інфекції, відповідно до глобальної оцінки ЮНЕЙС.

## **В. Програмні та політичні дії у відповідь на епідемію**

Питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є одним із пріоритетів державної політики України у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань України у сфері ВІЛ/СНІДу, зокрема, щодо виконання Декларації Цілей розвитку тисячоліття та Політичної декларації 2011 року з активізації зусиль для викорінення ВІЛ/СНІДу.

Запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні впроваджується на засадах триєдиних принципів, проголошених ЮНЕЙДС: єдина стратегія (Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки); єдиний координаційний орган (Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД, далі – Національна рада та її відповідні Комітети) та єдина система моніторингу і оцінки (Національна система МіО та розроблений План моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки).

Україна має національну стратегію щодо подолання ВІЛ/СНІДу, яка затверджена на законодавчому рівні, є обов'язковою для виконання для усіх органів державної влади та стосується як всього суспільства, так і кожного громадянина зокрема. Діяльність у даному напрямі здійснюється державою у тісній співпраці з громадськими та міжнародними організаціями на національному та регіональному рівнях, щороку збільшується державне фінансування необхідних заходів.

Законом України від 20.10.2014 р. № 1708-VII було прийняте рішення «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки», документ набув чинності 08.11.2014 р. у зв'язку з опублікуванням у виданні Голос України від 07.11.2014 р. № 215 та на підставі п.2 вказаного Закону. Фінансування Програми здійснюється за рахунок коштів Державного і місцевих бюджетів, ГФ. Орієнтовний обсяг фінансування на 5 років становить 6,4 млрд. грн.

У відповідності до заявлених цілей, виконання Програми дасть змогу до кінця 2018 року:

- значно зменшити кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед населення з поступовим унеможливленням інфікування;
- зменшити на 50 % ризик інфікування ВІЛ медичних працівників під час надання медичної допомоги пацієнтам;
- зменшити на 50 відсотків кількість нових випадків інфікування серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ;
- зменшити до 1 % інфікування внаслідок передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини; забезпечити доступ усіх представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до участі у профілактичних програмах;
- забезпечити доступ до безперервного лікування препаратами антиретровірусної терапії усіх хворих на ВІЛ-інфекцію, які цього потребують;
- зменшити на 50 відсотків смертність від туберкульозу серед хворих з поєднаною інфекцією ВІЛ/туберкульоз;
- залучити до постійної участі у програмах замісної підтримувальної терапії не менш як 35 відсотків споживачів опіоїдних ін'єкційних наркотиків, які цього потребують;
- знизити на 50 відсотків рівень дискримінації таких людей.

На теперішній час в Україні існує така система координації діяльності у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД:

**1. Колегіальний орган прийняття рішень на національному рівні** – Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу утворена згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2007 р. № 926, як консультативно-дорадчий орган при Кабінеті Міністрів України.

Національна рада розглядає питання політики України відносно епідемій ВІЛ-інфекції і туберкульозу, зокрема, реалізації Загальнодержавних програм з ВІЛ/СНІД, туберкульозу і грантів ГФ, є Координаційним механізмом країни у 6, 9, 10 раундах та в рамках Нової моделі фінансування ГФ. Формат роботи – засідання, які проводяться щоквартально.

Участь осіб керівного складу у роботі Національної ради сприяє результативному вирішенню питань, проте вимагає високого організаційного рівня діяльності, якісної підготовки проектів документів та інших матеріалів для обговорення, своєчасного розповсюдження матеріалів та забезпечення зворотного зв'язку. До участі у засіданні Національної ради можуть долучатися усі зацікавлені сторони.

**2. Колегіальні органи прийняття рішень на регіональному рівні.** 25 регіональних рад з питань протидії туберкульозу і ВІЛ/СНІД створено у всіх регіонах України як консультативно-дорадчі органи. Їх склад і завдання відповідають складу і завданням Національної ради. Формат роботи – засідання, які проводяться щоквартально. До складу регіональних рад входять 727 осіб, з них: 488 – представники державного сектору, 236 осіб – представники недержавного сектору, у т.ч. 34 особи, які представляють спільноти людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІД/ТБ.

**3. Колегіальні робочі органи для розробки проектів рішень на національному рівні:**

а) 30 тимчасових і постійних технічних експертних робочих груп з різних аспектів протидії епідеміям туберкульозу і ВІЛ-інфекції. Робочі групи утворено при міністерствах, які представлено у складі Національної ради (зокрема, 15 робочих груп – при МОЗ, решта – при Міністерстві освіти і науки, молоді та спорту України, Державній пенітенціарній службі України тощо), до їхнього складу входять представники державних структур, міжнародних та неурядових організацій, експерти. Формат роботи – засідання;

б) Комітети Національної ради – з програмних питань та з регіональної політики. Створені рішенням Національної ради з метою підвищення якості підготовки проектів рішень Національної ради, більшого залучення зацікавлених сторін до роботи, гармонізації діяльності робочих груп, зазначених вище. Комітети Національної ради очолюють члени Національної ради. Персональний склад Комітетів Національної ради сформовано на міжсекторальній основі.

в) Наглядова комісія проектів Глобального фонду створена у 2011 році для здійснення нагляду за процесом реалізації грантів Глобального фонду. Формат роботи – засідання, наглядові візити на місця відповідно до плану роботи.

Усі вищезазначені структури працюють на громадських засадах у форматі робочих зустрічей і засідань.

В цілому, можна зробити висновок що в Україні впроваджено ефективну державну політику у сферах протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та створено багаторівневу систему міжсекторальної і міжвідомчої координації і взаємодії між численними партнерами на національному і регіональному рівнях, забезпечено постійний діалог з регіонами у т.ч. шляхом проведення спільних нарад, здійснення візитів членів Національної ради, представників зацікавлених сторін на місця.

## Г. Значення показників

Цілі та показники	Значення показника 2014	Значення показника 2015
<b>1. Профілактика ВІЛ-інфекції серед загального населення</b>		
1.1 Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та відкидають основні помилкові уявлення про способи передачі ВІЛ	23.0%	26.9% (15-17 років)
1.2 Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15-24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років	3,0%	не звітувався
1.3 Відсоток дорослих віком 15-49 років, які мали статеві контакти більше ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців	9,0%	не звітувався
1.4 Відсоток дорослих віком 15-49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців, та які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту	61.0%	не звітувався
1.5 Відсоток жінок та чоловіків віком 15-49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, та які знають свої результати	14%	не звітувався
1.6 Поширеність ВІЛ у закладах дородової жіночої допомоги за віковими групами	не звітувався	не звітувався
<b>2. Ключові групи населення</b>		
1.20 Кількість нових випадків ВІЛ за звітний період на 1000 осіб неінфікованої популяції	не звітувався	не звітувався
1.7 Відсоток працівників комерційного сексу, які охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції	не звітувався	
2.1 Оцінка розміру ключових груп населення з високим ризиком інфікування ВІЛ (2012): - особи, які надають сексуальні послуги за винагороду: - чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками: - споживачі ін'єкційних наркотиків:		80000 176000 310000
2.2 Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, які повідомили про використання презервативу з останнім клієнтом	не звітувався	94.0%
2.3 Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	не звітувався	55.9%
2.4 Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, які живуть з ВІЛ	не звітувався	7.0%
2.5 Відсоток чоловіків, які повідомили про використання презервативу під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком	не звітувався	70.9%
2.6 Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	не звітувався	54.6%
2.7 Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ	не звітувався	8.5%
2.8 Кількість розданих шприців на одного споживача ін'єкційних наркотиків за програмами обміну голочок та шприців за рік	66.0	62.7
2.9 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту	не звітувався	48.0%
2.10 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	не звітувався	96.5%

2.11 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	не звітувався	38.5%
2.12 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ	не звітувався	21.9%
2.13 Кількість пацієнтів, які отримують замісну підтримувальну терапію (ЗПТ)	8 407 осіб	8 512 осіб
2.14 Кількість ув'язнених, які живуть з ВІЛ	не звітувався	не звітувався
2.15 Відсоток трангендерних осіб, які живуть з ВІЛ	Визнано нерелевантним для країни	Визнано нерелевантним для країни
<b>3. Профілактика передачі від матері до дитини</b>		
3.1 Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	95,6%	95.0%
3.2 Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження	62,1%	47.1%
3.3 Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини (не змодельований)	4,31% (2012 р.)	3.85% (2013 р.)
3.4 Відсоток вагітних жінок, які знають свій ВІЛ статус	99,2%	97.6%
3.5 Відсоток вагітних, що відвідують жіночі консультації та чиї партнери-чоловіки пройшли тестування на ВІЛ протягом вагітності	не звітувався	не звітувався
3.7 Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які отримали антиретровірусну профілактику	98,7%	97.0%
3.8 Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у яких профілактика котримоксазолом була розпочата протягом двох місяців після народження	82,8%	81.5%
<b>4. Лікування ВІЛ-інфекції</b>		
4.1 Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування, і які на теперішній час його отримують	66 409 осіб	68 466 осіб
від диспансерної групи	95.4%	93.2%
від оцінної чисельності	29.7%	буде визначено після затвердження оціночних даних
4.2 Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією, які отримують лікування протягом 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	85.4% (когорта 2013 року)	85.5% (когорта 2014 року)
4.2a Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією, які отримують лікування протягом 24 місяців після початку антиретровірусної терапії	81.4% (когорта 2012 року)	78.3% (когорта 2013 року)
4.2b Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії	73.6% (когорта 2009 року)	73.5% (когорта 2010 року)
4.3 Відсоток осіб, що отримують лікування ВІЛ	29.7%	буде визначено після затвердження оціночних даних
4.4 Відсоток закладів, що не мають в наявності АРВ-препаратів	не звітувався	не звітувався
4.5 Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, що мали перші виміри CD4<200 клітин/мкл крові	27.7%	33.5%
4.6 Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією, які отримують антиретровірусну терапію та мають пригнічення вірусу до рівня, що не визначається лабораторними методами дослідження за весь звітний період	не звітувався	не звітувався
4.7 Загальна кількість випадків смертей викликаних СНІДом	не звітувався	3 032 осіб

<b>6. Витрати у зв'язку зі СНІДом</b>		
6.1 Вітчизняні та міжнародні витрати на СНІД за категоріями та джерелами фінансування	798.693.448 грн. (2011) 100.212.478 дол. США (2011) 934.665.070 грн. (2012) 116.979.358 дол. США (2012)	880.296.582 грн. (2013) 110.133.440 дол. США (2013) 1013.182.837 грн. (2014) 85.236.679 дол. США (2014)
<b>7. Гендер</b>		
7.1 Частка жінок віком 15-49 років, які коли-небудь були у шлюбі або мали партнера і які піддавалися фізичному або сексуальному насильству з боку інтимного партнера-чоловіка протягом останніх 12 місяців	Визнано нерелеванним для країни	Визнано нерелеванним для країни
<b>8. Стигма і дискримінація</b>		
8.1 Відсоток чоловіків та жінок віком 15-49 років, які повідомили про дискримінаційне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ	не звітувався	не звітувався
<b>10. Інтеграція системи охорони здоров'я</b>		
10.2 Відсоток оціненого числа ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз, які отримували лікування як від туберкульозу, так і від ВІЛ-інфекції	Визнано нерелеванним для країни	Визнано нерелеванним для країни
<b>11. ВІЛ та інші захворювання</b>		
11.1 Відсоток оцінюваного числа ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз, які отримували лікування як від туберкульозу, так і від ВІЛ-інфекції	4 273 осіб	4 994 осіб % буде визначено після затвердження оціночних даних
11.2 Відсоток ВІЛ-інфікованих хворих на активну форму туберкульозу у відношенні до нових випадків охоплених ВІЛ лікуванням (до- та антиретровірусна терапія) впродовж звітного періоду	не звітувався	не звітувався
11.3 Відсоток ВІЛ-інфікованих хворих на латентну форму туберкульозу у відношенні до нових випадків охоплених ВІЛ лікуванням впродовж звітного періоду	не звітувався	38.7%
11.4 Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли тестування на гепатит В	не звітувався	7,8%
11.5 Відсоток випадків комбінованого лікування серед осіб з ко-інфекцією ВІЛ та гепатиту В	не звітувався	не звітувався
11.6 Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли тестування на гепатит С	не звітувався	7,7%
11.7 Відсоток хворих з ко-інфекцією ВІЛ та гепатиту С, що почали лікування гепатиту С впродовж вказаного періоду (12 місяців)	не звітувався	не звітувався
11.8 Відсоток жінок, які звернулися до служб допологової допомоги та які пройшли тестування на сифіліс	95,9%	97.8%
11.9 Відсоток жінок, які звернулися до служб допологової допомоги та які пройшли тестування на сифіліс і аналіз яких виявився позитивним	0,07%	0.1%
11.10 Відсоток жінок, які звернулися до служб допологової допомоги та які пройшли тестування на сифіліс і аналіз яких виявився позитивним та які отримали лікування	100%	100%
11.11 Число зареєстрованих випадків вродженого сифілісу (у живо- або мертворождалих) протягом останніх 12 місяців	2	1
11.12 Кількість чоловіків, що скаржились на уретральні виділення впродовж останніх 12 місяців	не звітувався	не звітувався
11.13 Кількість дорослих чоловіків та жінок, що скаржились на генітальні виразки впродовж останніх 12 місяців	не звітувався	не звітувався

## РОЗДІЛ II. НАЦІОНАЛЬНА ВІДПОВІДЬ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Основною метою Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки є активізацію профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД; забезпечення лікуванням хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які його потребують; дотримання прав людей, які живуть з ВІЛ, та формування толерантного ставлення до них у суспільстві та, як наслідок, зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності від СНІДу, що врешті призведе до стабілізації епідемічної ситуації в Україні.

Оцінка досягнення цієї мети безпосередньо вимірюється за допомогою показників різних рівнів системи моніторингу та оцінки. Кінцевою оцінкою ефективності заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу національного рівня є показники впливу: поширеність ВІЛ серед представників груп ризику, уразливих до інфікування ВІЛ, поширеність ВІЛ серед вагітних, рівень передачі ВІЛ від матері до дитини, смертність від СНІДу.

З 2014 р. рівень декількох основних показників епідемії ВІЛ-інфекції національного рівня знизився, у порівнянні з 2013 р., насамперед, через відсутність відповідних даних АР Крим, м. Севастополь та територій Донецької та Луганської області, які непідконтрольні Уряду України – захворюваність на ВІЛ-інфекцію, захворюваність на СНІД, поширеність ВІЛ-інфекції (загальні та групові показники).

Цей розділ описує прогрес України в досягненні перехідного періоду від звітності про досягнення цільових показників у зв'язку зі СНІДом в рамках Цілей розвитку тисячоліття до звітності в рамках Цілей стійкого розвитку на основі показників, що визначені за основними напрямками протидії ВІЛ/СНІД.

### **Профілактика ВІЛ-інфекції серед загального населення**

***Показник 1.1 «Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та відкидають основні помилкові уявлення про способи передачі ВІЛ» - 26,9% (15-17 років)***

У межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді (НВSC)», за підтримки Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні у 2014 році було здійснено опитування молоді 11, 13, 15 та 17 років та вивчено рівень знань про шляхи передачі ВІЛ (11390 осіб). Українська база даних входить до об'єднаної бази даних країн учасниць проекту НВSC.

Опитуванням було охоплено всі регіони України – 26 територіально-адміністративних одиниць (24 області, АР Крим та м. Київ).

На базі отриманих даних щодо знань молодих людей віком 15-17 років (N=5069) окремо для кожного шляху передачі ВІЛ був розрахований показник рівня знань, який становить 26,9% (29,2% серед хлопців та 24,9% серед дівчат).

Показник розрахований за системою Національних показників – «Відсоток молодих людей віком 15–24, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається», та включає кількість осіб, які знають, що можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером та користуватися презервативом під час сексуальних контактів, що здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою, що не можливо інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною, та що не можна інфікуватися ВІЛ через користування туалетом, басейном, сауною спільно з ВІЛ-інфікованою людиною.

## Ключові групи населення

### Показник 2.2 «Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, які повідомили про використання презервативу з останнім клієнтом» - 94,0%

Існує багато факторів, які впливають на поширення ВІЛ серед жінок комерційного сексу: практика сексуальних контактів із великою кількістю партнерів, із випадковими партнерами, висока сексуальна активність, тощо.

Показник «Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, які повідомили про використання презервативу з останнім клієнтом» вимірює прогрес у запобіганні зараженню ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, (ОСБ) внаслідок незахищених статевих контактів з клієнтами.

Даний показник розрахований за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» 2015 року за методологією GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2016 / December 2015, Geneva, Switzerland.

При розрахунку показника у чисельнику використано кількість осіб, які дали ствердну відповідь на запитання: «Чи використовували Ви презерватив під час статевого контакту з вашим останнім клієнтом?», у знаменнику - кількість респондентів, які вказали на те, що у них були платні статеві контакти за останні 12 місяців.

Відсоток ОСБ, які повідомили про використання презервативу під час сексуального контакту із останнім клієнтом, у 2015 році становить 94,0%, залишається стабільно високим як на національному рівні, так і в розрізі регіонів України. Деяке зниження показника у порівнянні з відповідним показником 2013 року (96,7%) відбулось за рахунок ОСБ молодшої групи: 96,5% у 2013 році та 88% у 2015 році.

У регіональному розрізі у 2015 році відмічається зниження показників проти відповідних показників 2013 року у 14 регіонах (Дніпропетровськ, Донецьк, Житомир, Івано-Франківськ, Луганськ, Луцьк, Миколаїв, Полтава, Рівне, Сімферополь, Суми, Тернопіль) (табл. 1).

Таблиця 1.

*Відсоток ОСБ, які повідомили про використання презервативу під час статевого контакту з останнім клієнтом, по регіонах України, 2013-2015 роки*

Місто	2013 рік, %	2015 рік, %	Місто	2013 рік, %	2015 рік, %
Вінниця	99,3	100	Рівне	100	97
Дніпропетровськ	100	98,2	Сімферополь	99,4	89
Донецьк	98,3	91,5	Суми	94,6	92,6
Житомир	93,1	87,9	Тернопіль	94	83,4
Запоріжжя	95,2	98,6	Ужгород	86,2	89,5
Івано-Франківськ	93,2	89	Харків	100	99,5
Київ	93,8	98,9	Херсон	99,3	99,3
Кіровоград	91	98	Хмельницький	100	99,6
Луганськ	98,7	89,3	Черкаси	-*	90,1
Луцьк	84,7	80,9	Чернівці	98,7	99,2
Львів	99,4	99,3	Чернігів	-*	79,6
Миколаїв	100	96,3	Севастополь	88,6	85,1
Одеса	100	100	Біла Церква	99	89,7
Полтава	98,3	90,6			

\* Дослідження не проводилось



**Показник 2.3 «Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати» - 55,9%**

Показник вимірює прогрес у реалізації програм тестування на ВІЛ та консультування серед ОСБ. Для ОСБ важливо знати свій ВІЛ-статус як для того, щоб захистити себе, так і попередити зараження інших, а у випадку ВІЛ-позитивного результату прийняти рішення щодо антиретровірусного лікування.

Показник розрахований за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління» 2015 року за методологією GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2016 / December 2015, Geneva, Switzerland.

При розрахунку показника у чисельнику використано кількість осіб, які дали ствердні відповіді на запитання: 1. Чи проходили Ви тест на ВІЛ за останні 12 місяців? 2. Я не хочу знати результати, але чи отримали Ви результати цього тесту?, у знаменнику - загальна кількість ОСБ, які прийняли участь у дослідженні.

Відсоток ОСБ, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та отримали свої результати, у 2015 році зменшився та склав 55,9% проти 63,1% у 2013 році.

Відмічається зниження показників у 2015 році проти відповідних показників 2013 року у 19 регіонах. Найнижчі показники зареєстровано у Житомирі, Чернігові, Ужгороді, Севастополі, Херсоні, Донецьку, Сумах та Тернополі (табл. 2).

*Таблиця 2.*

*Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, 2013-2015 роки*

Місто	2013 рік, %	2015 рік, %	Місто	2013 рік, %	2015 рік, %
Вінниця	63,8	72,6	Рівне	70,0	60,6
Дніпропетровськ	27,4	63,1	Сімферополь	53,5	45,3
Донецьк	73,8	46,5	Суми	77,9	56,8
Житомир	67,4	12,0	Тернопіль	75,4	47,2
Запоріжжя	68,0	58,2	Ужгород	90,6	49,1
Івано-Франківськ	86,1	74,0	Харків	76,6	26,4
Київ	81,8	80,5	Херсон	69,3	78,1
Кіровоград	75,0	53,1	Хмельницький	74,9	46,4
Луганськ	65,3	66,7	Черкаси	87,4	74,2
Луцьк	74,1	71,0	Чернівці	86,4	56,8
Львів	76,8	61,9	Чернігів	87,9	89,3
Миколаїв	85,3	63,2	Севастополь	93,3	19,3
Одеса	85,3	85,7	Біла Церква	64	51,7
Полтава	74,5	75,6			

*\* Дослідження не проводилось*

Питома вага ОСБ у віці 25 років та старші, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали результат, дещо більша, ніж серед осіб вікової групи до 25 років: 61,5% проти 44,0%, відповідно. Такі значення показників можна пояснити тим, що ОСБ старшого віку є більш обізнаними та прихильними щодо наявних профілактичних програм, які включають у т.ч. і послуги з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію (КіТ), частіше стають клієнтами НУО, які реалізують такі програми, і як наслідок, є більш охопленими послугами з КіТ.

**Показник 2.4 «Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду та живуть з ВІЛ» - 7,0%**

Особи, які надають сексуальні послуги за винагороду, входять до складу груп, які мають найвищий ризик інфікування ВІЛ, тому попередження інфікування ВІЛ та зниження поширеності збудника у цій групі є одним з основних завдань відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції. Даний показник дає змогу оцінити досягнутий прогрес країни на шляху зниження поширення ВІЛ серед представників даної групи та оцінює ефективність програм профілактики.

Показник розрахований за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» за методологією GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2016 / December 2015, Geneva, Switzerland.

Поширеність ВІЛ серед ОСБ базується на результатах тестування швидкими тестами для діагностики мультиінфекцій (ВІЛ, гепатит В HBsAg, гепатит С, сифіліс) «New vision Diagnostics Профітест». Протестовано 4300 осіб на 27 територіальних одиницях. При розрахунку показника у чисельнику використано кількість ОСБ, які отримали позитивний результат тестування на ВІЛ, у знаменнику - загальна кількість ОСБ, що пройшли тестування.

У 2015 році рівень поширеності ВІЛ серед ОСБ дещо знизився, показник склав 7,0% проти 7,3% у 2013 році та продовжив тенденцію поступового зниження у групі ОСБ з 2009 р. (12,9% у 2009 р., 9,0% у 2011 р.). Регіональний розподіл показника відзначає зростання поширеності ВІЛ серед ОСБ у 11 регіонах. Найбільш ураженою ВІЛ є популяція ОСБ у Черкасах, Донецьку, Івано-Франківську, Білій Церкві, Одесі, Полтаві, Вінниці, найменше – у Житомирі, Харкові, Львові та Чернівцях (табл. 3).

*Таблиця 3.*

*Поширеність ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, по регіонах України, 2013-2015 роки*

Місто	Поширеність ВІЛ, 2013 рік, %	Поширеність ВІЛ, 2015 рік, %	Місто	Поширеність ВІЛ, 2013 рік, %	Поширеність ВІЛ, 2015 рік, %
Сімферополь	6,6	3,4	Одеса	10,3	9,5
Вінниця	8	7,6	Полтава	13,4	8,9
Луцьк	4,7	3,8	Рівне	0,9	6,1
Дніпропетровськ	6,7	2,2	Суми	1	1,7
Донецьк	10,5	17	Тернопіль	4	4,3
Житомир	3,1	0,7	Харків	1,2	0,9
Ужгород	0	2,1	Херсон	7,8	7,2
Запоріжжя	7,2	7,1	Хмельницький	8,7	6,1
Івано-Франківськ	13,8	16,2	Черкаси	-*	18,6
Біла Церква	9,7	11,7	Чернівці	0	1,5
Кіровоград	6	6,5	Чернігів	-*	2,9
Луганськ	0	2,7	Київ	2	1,9
Львів	2,5	1,4	Севастополь	4,2	4,3
Миколаїв	3,9	5,8			

\* Дослідження не проводилось

Як і в попередні роки, більш ураженою ВІЛ-інфекцією залишається старша група: серед ОСБ віком 25 років і старше показник досягає 9,9%, серед ОСБ молодшої групи – 0,7% (у 2013 році відповідні показники становили 9,5% та 2,3%). Найуразливішою залишається підгрупа з

подвійною проблематикою, а саме, ОСБ, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, де поширеність ВІЛ залишається традиційно найвищою – 30,3%. В попередні роки цей показник становив: 27,6% у 2013 р., 45,5% у 2011 р. та 42,2% в 2008/2009 рр. Серед підгрупи ОСБ, яка повідомила, що не вживає наркотики ін'єкційним шляхом, показник склав 4,2% та з 2008 року знизився вдвічі (на 50%) (8,5% у 2008/2009 рр., 5,8% у 2013 р.).

**Показник 2.5 «Відсоток чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками та повідомили про використання презервативу під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком» - 70,9%**

Представлений показник дозволяє оцінити рівень поширеності небезпечної статевої поведінки серед ЧСЧ, та необхідність проведення відповідних інтервенцій, розрахований за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» за методологією GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2016 / December 2015, Geneva, Switzerland.

При розрахунку показника у чисельнику використано кількість ЧСЧ, які вказали на те, що вони використовували презерватив під час останнього анального сексу, у знаменнику - загальна кількість ЧСЧ, які вказали на те, що у них був анальний секс з партнером-чоловіком протягом останніх шести місяців.

Відсоток ЧСЧ, які повідомили про використання презервативу у 2015 році становить 70,9% проти 71,5% у 2013 році та 70,5% у 2011 році. Його значення за даними досліджень різних років залишається приблизно на одному рівні, що свідчить про переважну наявність практики безпечної сексуальної поведінки у ЧСЧ. Розподіл показника в залежності від міст дослідження свідчить, що найвищий рівень безпечної поведінки спостерігається серед ЧСЧ в містах Рівне, Тернопіль, Черкаси, Луцьк та Харків. Найнижчі значення показників зафіксовані в містах Сімферополь, Севастополь, Донецьк, Київ та Дніпропетровськ (табл. 4).

*Таблиця 4.*

*Відсоток чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками та повідомили про використання презервативу під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком, по регіонах України, 2013-2015 роки*

Місто	2013 рік, %	2015 рік, %	Місто	2013 рік, %	2015 рік, %
Сімферополь	78	32,5	Одеса	85	71
Вінниця	64	62	Полтава	75	57,5
Луцьк	74	77,7	Рівне	70	89,9
Дніпропетровськ	27	54,6	Суми	75	69,3
Донецьк	74	42,3	Тернопіль	91	85,4
Житомир	67	68,6	Харків	69	77,7
Ужгород	77	71,6	Херсон	75	70,3
Запоріжжя	68	63,7	Хмельницький	87	69,9
Івано-Франківськ	86	64,4	Черкаси	86	81,5
Біла Церква	64	73,6	Чернівці	88	75,5
Кіровоград	75	71,3	Чернігів	93	74,9
Луганськ	65	-*	Київ	82	43,5
Львів	77	65,6	Севастополь	54	36,5
Миколаїв	85	64			

\* Дослідження не проводилось

Аналіз показника залежно від віку опитаних ЧСЧ показав, що використання презервативу під час останнього сексуального контакту з партнером-чоловіком є дещо вищим серед ЧСЧ у віковій групі 25 років і старші в порівнянні з більш молодшою групою, складає 74,5% проти 69,0%, відповідно.

**Показник 2.6 «Відсоток чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати» - 54,6%**

Показник вимірює прогрес у реалізації програм тестування на ВІЛ та консультування серед ЧСЧ та розрахований за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» за методологією GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2016 / December 2015, Geneva, Switzerland.

При розрахунку показника у чисельнику використано кількість ЧСЧ, які дали ствердні відповіді на два запитання: 1. Чи проходили ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців? 2. Я не хочу знати результати, але чи отримали ви результати тестування?, у знаменнику - загальна кількість ЧСЧ, що були опитані.

Відсоток чоловіків, які мали секс із чоловіками, що пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та отримали свої результати у 2015 році становить 54,6%, що свідчить про значну динаміку у порівнянні з 2013 роком, коли показник становив 38,3%. Серед клієнтів програм профілактики показник охоплення тестуванням склав 78% у порівнянні з 32% для ЧСЧ, які не є клієнтами таких програм. У розрізі територіальних одиниць найвищі показники зафіксовані в містах Чернігів, Рівне, Черкаси, Тернопіль, найнижчі – в містах Донецьк, Хмельницький, Ужгород, Біла Церква та Львів (табл. 5).

*Таблиця 5.*

*Відсоток ЧСЧ, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, по регіонах України, 2013-2015 роки*

Місто	2013 рік, %	2015 рік, %	Місто	2013 рік, %	2015 рік, %
Сімферополь	35,9	66,2	Одеса	54,6	66
Вінниця	51,3	67,8	Полтава	36,8	45,9
Луцьк	27,5	63,9	Рівне	32,1	85,4
Дніпропетровськ	41	59,1	Суми	22,2	33,9
Донецьк	40	30,2	Тернопіль	43,3	72,1
Житомир	32,5	40,5	Харків	20,1	34,8
Ужгород	25,1	20,4	Херсон	54,1	53,5
Запоріжжя	26,1	46,6	Хмельницький	10,3	23,2
Івано-Франківськ	1,3	38,6	Черкаси	86,3	72,2
Біла Церква	15,5	20,3	Чернівці	43,2	53,6
Кіровоград	42,5	35,1	Чернігів	35,9	89,7
Луганськ	34	-*	Київ	61,4	65,9
Львів	44,4	19,7	Севастополь	30,3	54,7
Миколаїв	67	49,1			

\* Дослідження не проводилось

Серед ЧСЧ віком 25 років та старше питома вага осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали результат, значно більша, ніж серед молоді: 51,0% проти 56,6%, відповідно.

**Показник 2.7 «Відсоток чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками та живуть з ВІЛ»- 8,5%**

Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, входять до складу груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ, тому попередження інфікування та зниження поширеності ВІЛ у цій групі є одним з основних завдань відповіді країни на епідемію ВІЛ. Даний показник дає змогу оцінити досягнутий прогрес країни на шляху зниження поширення ВІЛ серед представників даної групи та оцінює продуктивність програм профілактики ВІЛ.

Показник розрахований за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління» за методологією GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2016 / December 2015, Geneva, Switzerland.

При розрахунку показника у чисельнику використано кількість ЧСЧ, які мають позитивну реакцію тестування на ВІЛ, у знаменнику - загальну кількість ЧСЧ, які пройшли тестування на ВІЛ. Враховано результати тестування експрес-тестами 4550 учасників дослідження у 26 містах країни.

У 2015 році поширеність ВІЛ серед ЧСЧ становить 8,5%, збільшилась проти показника 2013 року (5,9%). За даними раніше проведених досліджень відповідні показники склали 6,4% (2011 р.) та 8,6% (2009 р.).

Найвища поширеність ВІЛ серед ЧСЧ зафіксована у містах Донецьк, Севастополь, Черкаси, Київ, Одеса, Херсон та Дніпропетровськ, найнижча – у Тернополі, Полтаві, Чернігові та Ужгороді (табл. 6).

*Таблиця 6.*  
*Поширеність ВІЛ серед чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, по регіонах України, 2013-2015 роки*

Місто	Поширеність ВІЛ, 2013 рік, %	Поширеність ВІЛ, 2015 рік, %	Місто	Поширеність ВІЛ, 2013 рік, %	Поширеність ВІЛ, 2015 рік, %
Сімферополь	5,9	8,5	Одеса	7,6	12,3
Вінниця	1,8	5,3	Полтава	3,5	0,6
Луцьк	4,2	3,3	Рівне	7,3	3,2
Дніпропетровськ	1	3,8	Суми	3,4	2,3
Донецьк	7,8	8,9	Тернопіль	0,9	0,5
Житомир	14,6	18,8	Харків	1,4	2,3
Ужгород	5,2	4,8	Херсон	6,1	9
Запоріжжя	2,6	1,4	Хмельницький	3,8	2,9
Івано-Франківськ	4,6	4,6	Черкаси	10,9	15,6
Біла Церква	7,3	4,2	Чернівці	1,6	6
Кіровоград	2,4	4,5	Чернігів	0,5	1
Луганськ	8,6	3,3	Київ	16,9	15,3
Львів	2,3	-*	Севастополь	16,6	17,7
Миколаїв	2,6	5,1			

\* Дослідження не проводилось

Як і в попередні роки, більш ураженою ВІЛ-інфекцією залишається старша група - серед ЧСЧ віком 25 років і старше показник у 2015 році досяг 10,4% проти 7,7% у 2013 році. Зростає поширеність і у молодшій групі та в 2015 році становить 4,8% проти 3,0% у 2013 році.

***Показник 2.8 «Кількість розданих шприців на одного споживача ін'єкційних наркотиків за програмами обміну голок та шприців за рік» - 62,7 одиниць***

Попередження передачі ВІЛ через вживання наркотиків ін'єкційним шляхом є ключовим завданням для зниження поширення ВІЛ в країні. Представлений показник оцінює рівень охоплення людей, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом, програмами обміну шприців. Програми з обміну/надання голок та шприців для СІН забезпечують доступ до стерильного інструментарію та його безпечної подальшої утилізації через стаціонарні або мобільні програми обміну, та/або через аптеки, де таке обладнання або інструментарій можна отримати безкоштовно.

Показник кількості розданих шприців на одного споживача у розрахунку пов'язаний з оціночною кількістю СІН. У 2015 році загальна кількість розданих шприців становила 19 439 211 шт. та була менше кількості розданих шприців у попередні роки (20 460 483 шт. – 2014р., 23 880 308 шт. – 2013р.). З урахуванням оціночної кількості СІН у 310000 осіб, кількість розданих шприців на одного СІН у 2015 р. склала 62,7 шт. та була меншою, ніж у попередні роки (2014 р - 66,0 шт. на 1 споживача, 2013 р. - 77,0 шт. на 1 споживача).

У 2015 р. загальна кількість розданих шприців зменшилась у АР Крим, м. Севастополі та ще у 14 регіонах країни. Поряд з цим, у 11 регіонах кількість розданих шприців збільшилась.

Для ефективного впливу на поведінку споживачів ін'єкційних наркотиків рекомендовано забезпечувати рівень показника розданих шприців/голок близько 180 шт. на 1 СІН за рік. Отримані дані регіонального рівня показують невідповідність зазначеним рекомендаціям фактично розданих шприців протягом 2015 року в усіх регіонах країни, а відтак, ефективність у реалізації даної програми недостатня.

Протягом останніх трьох років, на протипагу показнику кількості розданих шприців за програмами обміну голок та шприців на одного споживача ін'єкційних наркотиків за рік, рівень охоплення СІН мінімальним пакетом послуг з профілактики ВІЛ, які надаються НУО, зростав та у 2015 році становив 68,7% від оціночної кількості СІН в Україні (2014р. - 63,6%, 2013 р. - 63,3%). До мінімального пакету профілактичних послуг входить видача шприців/голок, презервативів та надання профілактичної консультації.

***Показник 2.9 «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту»- 48,0%***

Показник розрахований за даними біоповедінкового дослідження 2015 року на основі кількості СІН, які дали ствердну відповідь на запитання: «Чи використовували Ви презерватив під час останнього статевого акту?». Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього сексуального контакту, у 2015 році становив 48,0% та був нижче відповідного показника 2013 року (54,1%), у 2011 році цей показник становив 47,8%.

Аналіз показника залежно від віку опитаних СІН, як і за даними попереднього дослідження, показав, що використання презервативу під час останнього сексуального контакту є дещо вищим серед СІН у віковій групі до 25 років, в порівнянні з більш старшими представниками: 60% та 46,4%, відповідно. Згідно даних, отриманих у 2015 році, чоловіки частіше за жінок практикують захищені сексуальні контакти – 48,9% проти 44,7%. Проте, як для чоловіків, так і для жінок, ці показники нижче від отриманих у 2013 р. (55,1% та 51,2%,

відповідно). Регіональні показники використання презервативу під час останнього сексуального контакту представлені в табл. 7.

Таблиця 7.

*Відсоток СІН, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту, 2013 р. і 2015 р.*

Місто	2013 рік, %	2015 рік, %	Місто	2013 рік, %	2015 рік, %
Біла Церква	48,8	52,3 (45,4-59,3)	Рівне	43,1	60,2 (53,5-67,0)
Вінниця	67,5	49,5 (41,5-57,5)	Сімферополь	55	65,9 (60,5-71,5)
Дніпропетровськ	39,1	39,7 (33,7-45,8)	Суми	69,7	59,7 (48,9-70,3)
Донецьк	55,8	39,5 (33,9-45,2)	Тернопіль	45,1	83,3 (79,7-86,9)
Житомир	21	33,2 (28,4-37,9)	Ужгород	41,2	35,9 (24,4-47,5)
Запоріжжя	26,8	35,7 (28,6-43,0)	Харків	40,7	49,0 (40,0-58,0)
Івано-Франківськ	63,4	53,3 (47,2-59,4)	Херсон	64	50,7 (44,5-56,9)
Київ	61,8	45,2 (39,5-50,8)	Хмельницький	47,1	64,5 (59,1-69,8)
Кіровоград	52,1	43,6 (37,2-49,9)	Черкаси	49,7	62,3 (55,5-69,0)
Луганськ	47,4	33,3 (24,5-42,4)	Чернівці	73,1	32,3 (21,3-43,2)
Луцьк	72,8	47,4 (40,5-54,2)	Чернігів	46,5	36,8 (31,2-42,6)
Львів	63,9	47,5 (40,1-54,3)	Васильків	77,4	53,7 (43,3-64,3)
Миколаїв	63,2	43,9 (38,0-49,7)	Фастів	38,5	39,2 (33,8-44,8)
Одеса	60,7	36,0 (28,5-43,5)	Севастополь	37,8	36,9 (31,8-42,0)
Полтава	48	46,0 (35,7-56,0)			

**Показник 2.10 «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції» - 96,5%**

Показник розрахований за даними біоповедінкового дослідження 2015 року на основі запитання: «Чи використовували Ви стерильні голку та шприц під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків?». У 2015 році даний показник становив 96,5% та зберігається на рівні показників отриманих за даними біоповедінкових досліджень попередніх раундів (2013 р. - 96,9%, 2011 р. - 95,5%). Регіональний розподіл показника представлений у табл. 8.

Таблиця 8.

*Відсоток СІН, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції, 2013 р. і 2015 р.*

Місто	2013 рік, %	2015 рік, %	Місто	2013 рік, %	2015 рік, %
Біла Церква	97,8	98,4 (97,3-99,5)	Рівне	97	93,6 (91,5-95,8)
Вінниця	98,2	96,8 (94,4-99,2)	Сімферополь	98,4	97,8 (96,5-99,1)
Дніпропетровськ	97,9	93,4 (90,8-96,0)	Суми	98,1	97,3 (94,4-99,9)
Донецьк	94	95,2 (93,0-97,4)	Тернопіль	99,3	96,7 (94,7-98,7)
Житомир	98,2	97,5 (96,0-99,0)	Ужгород	92,5	96,8 (94,4-99,3)
Запоріжжя	94,3	99,4 (98,4-99,9)	Харків	98,8	99,6 (98,7-99,9)
Івано-Франківськ	90,8	97,4 (95,9-98,8)	Херсон	95,7	97,4 (96,0-98,9)
Київ	99,2	97,4 (96,0-98,9)	Хмельницький	98,9	93,2 (91,0-95,4)
Кіровоград	91	99,3 (98,3-99,9)	Черкаси	95,3	97,9 (96,3-99,4)
Луганськ	92,6	97,4 (95,0-99,9)	Чернівці	100	96,9 (93,8-99,9)
Луцьк	96,5	97,2 (95,7-98,7)	Чернігів	97,3	97,0 (95,3-98,8)
Львів	96	94,4 (91,8-97,0)	Васильків	96,1	96,5 (93,7-99,1)
Миколаїв	97,7	98,4 (97,4-99,4)	Фастів	91,1	96,0 (94,3-97,7)
Одеса	97,6	87,8 (84,9-90,7)	Севастополь	95,4	92,9 (90,4-95,5)
Полтава	97,5	98,6 (96,6-99,9)			

Використання стерильного інструментарію майже не відрізняється у СІН різної статі: 96,5% серед чоловіків та 96,2% серед жінок. Також, незначні коливання показника залежно від віку СІН: 95,8% використовують стерильний інструментарій серед СІН віком до 25 років та 96,6% серед старшої групи.

Наведені дані свідчать про досить високий рівень використання стерильних шприців/голок при останній ін'єкції наркотику, але статистично значимої залежності між використанням стерильного інструментарію та результатами тестування на наявність ВІЛ-інфекції не виявлено. Це свідчить, що дане запитання не є відображенням наявності постійної ризикованої практики, що може призвести до інфікування ВІЛ.

**Показник 2.11 «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати» - 38,5%**

Показник розрахований за даними біоповедінкового дослідження 2015 року на основі кількості СІН, що дали ствердну відповідь на запитання: «Чи проходили ви тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців?», «Я не хочу знати про результат, але чи отримали ви результати цього тесту?».

Відсоток СІН, що пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та отримали свої результати у 2015 році становив 38,5% та був нижче відповідного показника 2013 року (42,8%). У 2011 році цей показник становив 35,7%. За даними трьох попередніх досліджень показник щодо наявності досвіду тестування щорічно збільшувався. Значення показника залежно від регіону дослідження у 2013 та 2015 роках представлено у табл. 9.

*Таблиця 9.*

*Відсоток СІН, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, 2013 р. і 2015 р.*

Місто	2013 рік, %	2015 рік, %	Місто	2013 рік, %	2015 рік, %
Сімферополь	18,7	15,5 (11,6-19,4)	Миколаїв	39,0	62,3 (57,8-66,9)
Вінниця	69,7	26,2 (20,9-31,5)	Одеса	51,4	35,1 (30,6-39,7)
Луцьк	33,9	45,7 (39,5-51,9)	Полтава	33,0	65,0 (55,9-74,3)
Дніпропетровськ	34,7	32,5 (27,6-37,4)	Рівне	43,4	52,9 (48,0-57,8)
Донецьк	24,3	39,3 (33,3-45,2)	Суми	18,6	59,9 (50,5-69,5)
Житомир	45,4	77,2 (70,8-83,7)	Тернопіль	55,1	31,5 (27,1-36,0)
Ужгород	35,5	28,2 (18,9-37,5)	Харків	51,5	41,2 (32,5-49,9)
Запоріжжя	15,3	43,9 (36,6-51,2)	Херсон	36,6	32,3 (27,6-36,9)
Івано-Франківськ	49,8	44,8 (39,4-50,3)	Хмельницький	42,7	60,1 (55,6-64,7)
Київська (Біла Церква)	34,7	30,7 (25,6-35,7)	Черкаси	36,9	38,8 (33,4-44,1)
Київська (Васильків)	28,0	44,4 (37,0-51,9)	Чернівці	67,1	55,7 (47,8-63,8)
Київська (Фастів)	24,7	41,1 (36,9-45,4)	Чернігів	64,5	40,4 (34,1-46,7)
Кіровоград	37,8	38,3 (32,1-44,5)	м. Київ	62,3	36,5 (31,3-41,8)
Луганськ	31,0	21,1 (13,0-29,1)	м. Севастополь	21,5	24,0 (19,7-28,3)
Львів	42,0	32 (26,3-37,7)			

Питома вага СІН у віці 25 років та старші, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали результат, більша, ніж серед молоді: 39,5% проти 29,6%, відповідно. Серед жінок-СІН більша питома вага тих, хто звернувся за послугами КіТ, порівняно із чоловіками: 43,4% проти 38,5% відповідно.



## **Показник 2.12 «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ» -21,9%**

Люди, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, все ще залишаються групою, яка має найвищий рівень поширення ВІЛ-інфекції, що підтверджується як даними офіційної статистики, так і даними досліджень. Представлений показник дає змогу оцінити досягнутий прогрес країни на шляху зниження поширення ВІЛ споживачів ін'єкційних наркотиків.

Показник розрахований за даними біоповедінкового дослідження на основі результатів тестування експрес-тестами 9 405 учасників дослідження, поширеність ВІЛ серед СІН у 2015 р. зросла до 21,9% проти 19,7% у 2013 році, всупереч поступовому зменшенню поширеності ВІЛ серед СІН за показниками попередніх досліджень (2008/2009 рр. - 22,9%, 2011 р. – 21,5%). У 2015 році, крім високих показників поширеності ВІЛ серед СІН, які були за даними дослідження 2013 року, в мм. Дніпропетровськ, Миколаїв та Одеса, зафіксовано найвищі показники у мм. Черкаси, Донецьк, Сімферополь, Чернігів, Біла Церква, Полтава (табл. 10).

Таблиця 10.

*Поширеність ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків,  
по регіонах України, 2013-2015 роки*

Місто	Поширеність ВІЛ, 2013 рік, %	Поширеність ВІЛ, 2015 рік, %	Місто	Поширеність ВІЛ, 2013 рік, %	Поширеність ВІЛ, 2015 рік, %
Сімферополь	22,5	32,3 (26,8-37,9)	Миколаїв	31,8	27,8 (22,8-32,8)
Вінниця	12,7	9,7 (5,6-13,8)	Одеса	30,2	27,5 (23,0-32,1)
Луцьк	20,3	20,1 (16,0-24,2)	Полтава	2,6	29,7 (19,8-39,6)
Дніпропетровськ	34,7	39,7 (34,5-44,9)	Рівне	24,5	6,6 (4,2-9,0)
Донецьк	26,5	33,5 (28,1-38,8)	Суми	5,1	10,2 (4,4-16,2)
Житомир	18,9	15,9 (10,5-21,2)	Тернопіль	18,0	6,3 (3,9-8,7)
Ужгород	1,8	1,4 (0,1-2,8)	Харків	10,3	13,1 (7,3-19,0)
Запоріжжя	2,2	8,7 (4,0-13,5)	Херсон	22,6	21,2 (16,6-25,9)
Івано-Франківськ	17,0	17,8 (13,2-22,4)	Хмельницький	28,2	20,8 (17,1-24,5)
Біла Церква	19,7	29,9 (24,8-35,0)	Черкаси	19,8	36,3 (30,7-41,9)
Васильков	5,7	8,2 (2,2-14,2)	Чернівці	2,2	16,2 (9,6-22,7)
Фастов	21,7	25,5 (21,5-29,4)	Чернігів	18,6	32,4 (25,8-39,0)
Кіровоград	15,0	19,4 (15,0-23,8)	Київ	20,1	20,4 (16,0-24,8)
Луганськ	3,2	7,5 (2,1-13,0)	Севастополь	21,3	11,9 (8,3-15,4)
Львів	23,5	21,4 (16,4-26,6)			

Як і в попередні роки, більш ураженою ВІЛ-інфекцією залишається старша група: серед СІН віком 25 років і старше показник склав 24% та зріс проти відповідного показника 2013 року (21,7%), серед молодшої групи показник склав 4,1% та проти відповідного показника 2013 року (6,4%) зменшився. Жінки залишаються більш уразливими до ВІЛ-інфікування та поширеність ВІЛ серед них становить 27,6%, серед чоловіків – 20,5%. За результатами біоповедінкового дослідження 2015 р. зафіксовано ріст поширеності ВІЛ серед СІН обох статей (відповідні показники 2013 р. – 22,4% серед жінок, 18,8% серед чоловіків).

Для виявлення тенденції нових випадків зараження ВІЛ серед СІН рекомендовано розраховувати показник поширеності ВІЛ серед осіб зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків до 3-х років, який у 2015 році склав 3,7% та був майже на рівні показника, встановленого за даними попереднього дослідження (2013 р. - 3,5%, 2011 р. - 5,2%). Можна зробити висновок, що в країні відбувається зниження інтенсивності епідемічного процесу серед основної групи ризику інфікування – СІН. Але, враховуючи дані дозорних епідеміологічних досліджень, СІН досі залишаються найбільш ураженою ВІЛ-інфекцією групою.

### **Показник 2.13 «Кількість пацієнтів, які отримують замісну підтримувальну терапію (ЗПТ)» - 8 512 осіб**

Застосування замісної підтримувальної терапії в лікуванні хворих із синдромом залежності від ін'єкційних опіоїдів є найбільш ефективним інструментом охорони здоров'я у зниженні споживання ін'єкційних наркотиків серед СІН. Крім того, ЗПТ забезпечує важливу підтримку забезпечення лікування інших захворювань, включаючи ВІЛ-інфекцію, туберкульоз та вірусні гепатити. Показник відображає прихильність та прогрес, що був досягнутий в лікуванні споживачів ін'єкційних опіоїдів, а також зниження ймовірності інфікування ВІЛ серед осіб, які споживають ін'єкційні наркотики.

Станом на 01.01.2016 р., послуги замісної підтримувальної терапії отримувало 8 512 осіб, з них 7 604 пацієнтів отримували метадон, 908 осіб – бупренорфін (станом на 01.01.2015 р. – 8 407 осіб на ЗПТ). Послуги програми ЗПТ в Україні надаються на базі 172 лікувальних закладів.

Розширення програми ЗПТ для ВІЛ-інфікованих СІН дозволяє суттєво підвищити їх прихильність до АРТ і вплинути на рівень показника смертності в цій групі пацієнтів. За даними УЦКС встановлений діагноз ВІЛ-інфекції мають 3 568 осіб – учасників програми ЗПТ (41,9%), з них – 2 158 осіб знаходяться на АРТ. Серед пацієнтів ЗПТ 55,5% осіб мають вірусний гепатит С, 18,0% - вірусний гепатит В. Однак, зазначені дані потребують уточнення, оскільки доступ до тестування на вірусні гепатити для пацієнтів ЗПТ на сьогоднішній день є незадовільним через високу вартість послуг та низьку мотивацію до проходження обстеження серед пацієнтів.

### **Профілактика передачі від матері до дитини**

Показники розраховувані без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 року, без урахування даних частини зони проведення антитерористичної операції - з 2015 року

### **Показник 3.1 «Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини»-95,0%**

Система обліку та звітності заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні створена та функціонує з 2004 р., завдяки чому стало можливим здійснювати моніторинг фактичного, а не оціночного використання різних схем антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих жінок з метою профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

З 1999 по 2007 роки в Україні охоплення ВІЛ-інфікованих вагітних антиретровірусною терапією з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини збільшилося з 9,0% до 92,5%, а з 2008 року даний показник знаходиться у межах 94,5 – 96,0%. В Україні вагітні жінки отримують антиретровірусне лікування лише у клініках державного сектору.

Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини становило 96,2% у 2013 р., 95,6% у 2014 р., 95,0% у 2015 р. Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних породіль СІН, які отримували АРВ-профілактику становив 92,3% у 2014 р. (у 2014 р. – 89,3%, у 2013 р. – 90,7%).

За період 2010 – 2015 роки встановлено поступове зменшення кількості ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали профілактику невірапіном тільки у пологах: 286, 171, 169, 191, 133, 114 жінок, відповідно, що свідчить про використання більш ефективних схем антиретровірусних препаратів.

**Показник 3.2 «Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження» - 47,1%**

За рекомендацією ВООЗ, вірусологічне тестування на ВІЛ-інфекцію необхідно проводити як можна раніше, з метою своєчасного прийняття клінічного рішення на максимальній ранній стадії ВІЛ-інфекції у дитини. Показник «відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження» призначений для вимірювання ступені прогресу охоплення та своєчасності проведення ранньої діагностики на ВІЛ-інфекцію дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. Рівень даного показника у 2015 р. становило 47,1% (у 2014 р. – 62,18%, у 2013 р. - 65,0%), його зниження пов'язано з дефіцитом виробів медичного призначення в умовах гуманітарної кризи та бойових дій на сході України.

Значення показника 3.2. розподіляється за результатами проведеного дослідження наступним чином: діти з позитивним результатом ПЛР ДНК – 30 дитини (2,1%), негативним – 1345 дітей, невизначеним або відбракуваним зразків лабораторією – 21 дітей. Розбивка даних за результатами тестування не може забезпечити їх репрезентативність щодо рівня вертикальної передачі ВІЛ у зв'язку з низьким охопленням тестування на ВІЛ дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, протягом перших 2-х місяців.

**Показник 3.3 «Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини» - 3,85%**

Передача ВІЛ від матері до дитини є провідним природним шляхом інфікування дітей молодшого віку. Своєчасна, комплексна та послідовна профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) дозволяє суттєво знизити ризик перинатального інфікування дитини з можливістю максимального його обмеження.

У 2015 р. був розрахований показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД) серед когорти дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками у 2013 р. За результатами серологічних та вірусологічних досліджень, рівень передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні склав 3,85%, без урахування даних АР Крим та м. Севастополь та непідконтрольних Уряду територій Донецької та Луганської областей. У порівнянні з базовим показником 2012 р. ЧПМД у 2013 р. знизилася на 10,5%.

Ключові показники виконання програми ППМД в Україні залишаються на високому рівні – охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію вагітних досягло 99%, антиретровірусною профілактикою ВІЛ-позитивних вагітних – 96%, антиретровірусною профілактикою дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками – 98%, штучним вигодовуванням дітей – 97%.

Проте, за даними когортного аналізу 2013 р. у 11 регіонах України зафіксований рівень передачі ВІЛ від матері до дитини вищий, ніж національний - Дніпропетровській (5,98%), Донецькій (4,05%), Івано-Франківській (4,17%), Київській (5,84%), Кіровоградській (8,89%), Луганській (5,13%), Одеській (4,85%), Полтавській (4,05%), Тернопільській (7,14%), Черкаській (3,3%), Чернігівській (4,17%) областях.

ЧПМД у 2013 році серед дітей, матері яких є активними СІН, майже у 2 рази перевищувала аналогічний загальний показник – 3,85% і 6,9%, відповідно. Отже ВІЛ-інфіковані вагітні, які є СІН, все ще залишаються важкодоступною групою для проведення профілактичних

та впливають сьогодні на частоту передачі ВІЛ від матері до дитини на національному та регіональному рівнях.

***Показник 3.4 «Відсоток вагітних з відомим ВІЛ статусом» - 97,6%***

Серологічне обстеження вагітних на антитіла до ВІЛ є однією з важливих складових програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, що проводиться з метою визначення ВІЛ-статусу жінки і, у випадку підтвердження позитивного результату – надання їй консультативної, медичної допомоги та профілактичного антиретровірусного лікування для попередження інфікування ВІЛ майбутньої дитини.

Відсоток вагітних жінок, які пройшли тестування на ВІЛ та одержали свої результати - під час вагітності, пологів і під час післяпологового періоду, у тому числі ті, хто раніше звав про свій ВІЛ-статус становить 99,2% у 2014 р., 97,8% у 2015 р.

За методологією Спільного інструменту звітності ВООЗ, ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС з моніторингу відповіді сектору охорони здоров'я на ВІЛ/СНІД даний показник включає всіх ВІЛ-інфікованих вагітних, зареєстрованих з приводу вагітності у 2015 році, незалежно від моменту встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, у т.ч. до вагітності.

Відповідно до чинної нормативної бази тестування вагітних на ВІЛ-інфекцію здійснюється за поінформованою згодою жінки та рекомендується проводити двічі: при постановці на диспансерний облік у жіночій консультації та перед пологами. В Україні з 1999 року почалося поступове впровадження комплексу профілактичних заходів щодо зниження рівня вертикальної трансмісії ВІЛ, а з 2001 року - реалізація державної програми попередження передачі ВІЛ від матері до дитини. Встановлено, що охоплення плановим обстеженням на ВІЛ вагітних в Україні з 2008 року триває на рівні 95-99%.

Привертає до себе увагу той факт, що, в Україні спостерігається поступове зниження відсотка жінок з вперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом під час вагітності, пологів або після пологів серед усіх ВІ-інфікованих вагітних – з 55,3% у 2011 р. до 48,2% у 2015 р.

Із числа жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус при зверненні у жіночу консультацію, під час пологів або після пологів у 2015 році діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений після 26 тижня вагітності, під час пологів до пологів та після пологів – 22,4%. (у 2014 р. – 18,1%, у 2013 р. – 16,2%) дізналися про, з них 1,6% жінок дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час пологів.

***Показник 3.7 «Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримували антиретровірусну профілактику з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини» - 97,0%***

Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ повинна проводитися всім дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, згідно з чинним клінічним протоколом. Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримували антиретровірусну профілактику з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини, знаходиться на високому рівні в цілому по Україні - 98-99%. У 2015 р. даний показник дорівнював 97,0%.

Показник розраховується за даними, що були отримані у рамках діючої системи обліку та звітності заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні, що функціонує з 2004 р. Чисельник включає кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримали АРВ-профілактику з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини, що в

2015 р. складала 2893 дітей, знаменник включає дані про загальну кількість живонароджених дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками - 2982 дітей.

**Показник 3.8 «Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у яких профілактика котримоксазолом була розпочата протягом двох місяців після народження» - 81,5%**

Профілактика пневмоцистної пневмонії котримоксазолом проводиться усім дітям з 4 – 6 тижневого віку до отримання 2 негативних результати вірусологічних тестів (один – у віці після 1 місяця, другий – у віці після 3 місяців життя дитини) за умови, що дитина не була на грудному вигодовуванні щонайменше 6 тижнів до першого негативного результату та відсутності клінічних проявів ВІЛ-інфекції.

Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у яких профілактика котримоксазолом була розпочата протягом двох місяців після народження у 2014 р. складав 82,8%, у 2015 р. – 81,5%.

### **Лікування ВІЛ-інфекції**

**Показник 4.1 «Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування та на теперішній час його отримують» - 68 466 осіб**

Загальна кількість хворих на ВІЛ-інфекцію, які отримували АРТ в Україні на кінець 2015 року, становила 68 466 осіб, з них 56 073 особи лікувалися у ЗОЗ МОЗ України, 2 685 – у ДУ «ІЕІХ ім. Л.В. Громашевського НАМН України», 1 995 – у закладах Державної пенітенціарної служби України.

Серед загальної кількості осіб, які отримують АРТ в Україні за всіма службами (МОЗ, НАМН та ДПтС України), дорослі особи (18 років і старше) складають 95,46% (57 992 осіб), з них 30 891 чоловіків (53,3% від кількості дорослих), 27 101 жінок (46,7% від кількості дорослих). Діти (віком до 18 років) отримують АРТ виключно за рахунок коштів державного бюджету, їх частка становить 4,54% (2 761 осіб) серед всіх осіб, які отримують АРТ.

Загальна кількість осіб, які отримують АРТ суттєво зменшилася в порівнянні з попереднім роком, оскільки зі звітності виключено дані щодо пацієнтів, які отримують АРТ на тимчасово окупованих територіях та в зоні проведення антитерористичної операції (АР Крим, м. Севастополь, частина Донецької та Луганської областей).

Дані щодо кількості осіб, які розпочали АРТ протягом 2015 року будуть доступні в серпні 2016 року, відповідно до чинної нормативної бази. Протягом 2014 року АРТ розпочали 10 891 особа (без урахування даних ДПтС України).

Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування, і які на теперішній час його отримують, від кількості осіб диспансерної групи становив у 2015 р. 93,2%.

**Показник 4.2 «Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримували АРТ через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії» - 85,5%.**

Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які розпочали антиретровірусне лікування в 2014 році та отримують лікування через 12 місяців після початку АРТ становить 85,5%, продовжує

отримувати лікування 9 314 осіб з 10 891 осіб, які розпочали лікування протягом 2014 року. Серед 1577 осіб, які не отримують антиретровірусне лікування через 12 місяців після його початку в когорті 2014 року – 677 осіб померли та 900 осіб припинили лікування з різних причин. В розрахунок показника не включені дані тимчасово окупованих територій та зони проведення антитерористичної операції (АР Крим, м. Севастополь, частина Донецької та Луганської областей).

Широкомасштабне впровадження АРТ хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні розпочалося в серпні 2004 року в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», яка фінансувалася за кошти Глобального Фонду, в 6 регіонах країни. Поетапно до 2008 р. АРТ запроваджено в усіх 27 регіонах України. Станом на 01.01.2016 р. 30,1 % пацієнтів отримували лікування за кошти Глобального Фонду (10 раунд), 69,9 % – за кошти Державного бюджету України.

За час впровадження АРТ в країні значно підвищився професійний рівень фахівців, які супроводжують пацієнтів на лікуванні, покращилась нормативно-правова база та матеріально-технічне забезпечення центрів профілактики та боротьби зі СНІД. На сьогодні необхідно є подальша децентралізація та інтеграція послуг з надання антиретровірусного лікування та послуг з догляду та підтримки, розширення програм замісної підтримувальної терапії та профілактики, діагностики та лікування туберкульозу у людей, які живуть з ВІЛ та забезпечення стабільного доступу до антиретровірусних препаратів.

***Показник 4.2а «Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримували АРТ через 24 місяці після початку антиретровірусної терапії в 2013 році»- 78,3%***

Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією/СНІД, які розпочали антиретровірусне лікування в 2013 році та отримують лікування через 24 місяці після початку антиретровірусної терапії становить 78,31 %, продовжує отримувати лікування 8 270 осіб з 10 560 осіб, які розпочали лікування протягом 2013 року.

Серед 1 145 осіб, які не отримують антиретровірусне лікування через 24 місяців після його початку в когорті 2013 року – 976 осіб померли та 1 314 осіб припинили лікування з різних причин. В розрахунок показника не включені дані тимчасово окупованих територій та зони проведення антитерористичної операції (АР Крим, м. Севастополь, частина Донецької та Луганської областей).

***Показник 4.2 б «Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримували АРТ через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії в 2010 році» - 73,5%.***

Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією/СНІД, які розпочали антиретровірусне лікування в 2010 році та отримують лікування через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії становить 73,51 %, продовжує отримувати лікування 3 861 осіб з 5 252 осіб, які розпочали лікування протягом 2010 року.

Серед 1 391 осіб, які не отримують антиретровірусне лікування через 60 місяців після його початку в когорті 2010 року – 654 осіб померли та 737 осіб припинили лікування з різних причин. В розрахунок показника не включені дані тимчасово окупованих територій та зони проведення антитерористичної операції (АР Крим, м. Севастополь, частина Донецької та Луганської областей).

**Показник 4.5 «Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, що в 2015 році мали перші виміри CD 4 < 200 кл/мкл крові» - 33,5%**

Для розрахунку показника використано дані рутинного епідеміологічного нагляду щодо кількості ВІЛ-інфікованих осіб серед узятих уперше під нагляд протягом 2015 року, яким проведено дослідження на визначення кількості CD 4 – лімфоцитів, та кількості осіб, у яких перші виміри встановили ступінь імуносупресії менше 200 кл/мкл крові. Дані наявні щодо дорослих та дітей віком старше 15 років, розподіл по статі не передбачено.

У 2015 році серед узятих уперше під нагляд протягом звітного року та обстежених на CD 4 частка ВІЛ-інфікованих осіб, які мали перші виміри CD 4 < 200 кл/мкл крові склала 33,5%, показник зріс проти відповідного показника 2014 року на 21% (27,7% - 2014р.). З 2013 року, коли такі дані було зібрано вперше, показник мав тенденцію до збільшення та темп приросту у 2015 році склав +25% (26,8% – 2013р.).

Щодо дітей віком до 14 років включно з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції, наявні дані щодо клінічних стадій хвороби, з якими їх вперше взято під нагляд. За даними рутинного епіднагляду у 2013 р. 41,8% таких дітей було взято під нагляд вперше з III-IV клінічною стадією ВІЛ-інфекції, у 2014 р – 49,6%, у 2015 р. – 56,5%, тобто, показник має тенденцію до збільшення.

Т.ч., незважаючи на доступність в країні безкоштовних послуг з діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, розширення охоплення послугами у сфері ВІЛ, в Україні щорічно зростає частка виявлених ВІЛ-інфікованих осіб на пізніх стадіях хвороби.

Показник розраховувався без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 року, без урахування даних частини зони проведення антитерористичної операції - з 2015 року

**Показник 4.7 «Загальна кількість випадків смертей викликаних СНІДом» - 3 032 осіб**

У 2015 р. діагностовано 8 468 випадків СНІДу проти 9 844 у 2014 р. та 9362 у 2013 р., показник захворюваності на СНІД склав 19,8 на 100 тис. нас. проти 22, 9 у 2014 р. та 20,9 у 2013 р. Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Україні, як і раніше, залишається туберкульоз.

Тенденції числа смертей від СНІДу повторюють тенденції кількості захворювань на СНІД та в основному залежать від охоплення медичними послугами, пов'язаними з ВІЛ-інфекцією, насамперед, антиретровірусним лікуванням, ступеню прихильності до цих послуг та наявності якісного соціального супроводу.

За даними 2015р. померло від СНІДу 3 032 особи проти 3 426 у 2014р. та 3 514 у 2013 р. Рівень смертності від СНІДу, відповідно, мав позитивну тенденцію до зниження (7,1 на 100 тис. нас. (2015 р.) проти 8,0 (2014 р.) та 7,8 (2013 р.)). Темп зниження середнього показника по країні у 2015 р. склав - 11,5%, проте, приріст смертності від СНІДу зареєстровано у 13 регіонах, найвищі показники смертності зареєстровано у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Миколаївській та Одеській областях.

Встановлено, що у 2015 р. структура причин смерті ВІЛ-інфікованих майже повторювала структуру попередніх років. Причина смерті 63,2 % померлих була безпосередньо пов'язана з ВІЛ-інфекцією та в 36,8 % випадків - не пов'язана з ВІЛ-інфекцією або залишилась невідомою. Основною причиною смерті у померлих від причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, в Україні залишається ТБ, який складає 55% серед осіб, померлих від СНІДу.

## Витрати у зв'язку зі СНІДом

### Показник 6.1 «Вітчизняні та міжнародні витрати на СНІД за категоріями та джерелами фінансування»

Інформація про обсяг та структуру витрат у сфері протидії ВІЛ/СНІДу є основою для формування державної політики щодо фінансування заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції. Під час розроблення національних проектів та програм з протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні необхідно передбачити впровадження механізмів поступового зменшення залежності від зовнішнього фінансування та забезпечити найбільш ефективні моделі організації надання послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки з максимальною можливістю залучення державних та місцевих джерел фінансування.

Інформація про обсяг та структуру витрат у сфері протидії ВІЛ/СНІДу є основою для формування державної політики щодо фінансування заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції. Дослідження з оцінки національних витрат проводиться один раз на 2 роки.

Україна проводить Оцінку національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні (NASA) з 2005 року. У 2009 році вказаний інструмент був адаптований до державної системи фінансової звітності та інтегрований в національну систему моніторингу та оцінки. Очікується, що у 2016 році методологія проведення Оцінки національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні буде затверджена Наказом МОЗ і проводитиметься на рутинній основі — щороку.

У 2016 році, Україна завершила обробку та аналіз даних третьої хвилі Оцінки національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні на основі використання адаптованої методики оцінки національних витрат на СНІД (NASA). Третя хвиля охопила відстеження національних витрат на ВІЛ за підсумками 2013-2014 років.

Джерелами інформації є звіти управлінь про впровадження програм, що фінансуються з державного та місцевого бюджету; звіти про виконання бюджету закладів, що надають медичні та соціальні послуги; звіти неурядових організацій (далі – НУО) тощо. Важливою інформацією є дані про витрати на оплату праці фахівців, які надають послуги.

За підсумками проведеного дослідження, загальний обсяг національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні за 2013 та 2014 рр. представлений у табл. 11.

Таблиця 11.

Обсяг національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні (2013-2014 рр.)\*

Загальна сума національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції	2013	2014
UAH	880,296,584	1,013,182,835
Курс валют	7.993	11.887
USD	110,133,440	85,236,679

\*Дані не включають АР Крим, Луганську та Донецьку області

Таким чином, у порівнянні з даними 2013 року, у 2014 загальна сума національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції збільшилася майже на 15 % у національній валюті – гривні. Однак, через девальвацію гривні збільшення витрат не спостерігається, якщо конвертувати суми у долари США.



Аналіз витрат за джерелом фінансування свідчить про певну залежність України від міжнародних коштів та недержавних джерел фінансування щодо організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції (55% від загальних витрат у 2013 році та 63% - у 2014 році). Розподіл національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні (2009-2012 рр.) за джерелами фінансування (грн.) представлений у табл. 12.

*Таблиця 12.*

*Розподіл національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні (2013-2014 рр.) за джерелами фінансування (грн.)\**

Джерела фінансування		2013, UAH	2013, %	2014, UAH	2014, %	
Державні джерела	Національний бюджет	206,007,291	23.40%	171,025,401	16.88%	
	Місцевий бюджет	182,814,765	20.77%	206,398,619	20.37%	
	Кредити	499,933	0.06%	309,341	0.03%	
	<b>Сума Державних витрат</b>	<b>396,408,353</b>	<b>45.03%</b>	<b>377,733,361</b>	<b>37.28%</b>	
Недержавні джерела	Домогосподарства	2,520,723	0.29%	4,573,425	0.45%	
	Прибуткові організації	220,855	0.03%	894,197	0.09%	
	Неприбуткові організації	15,033,352	1.71%	21,146,229	2.09%	
	<b>Сума Недержавних витрат</b>	<b>17,774,929</b>	<b>2.02%</b>	<b>26,613,850</b>	<b>2.63%</b>	
Міжнародні джерела	Двосторонні агенції	Уряд США (PEPFAR)	47,805,410	5.43%	127,649,944	12.60%
		Інші двосторонні	87,490	0.01%	118,867	0.01%
	Багатосторонні агенції	Глобальний Фонд	385,796,956	43.83%	432,038,960	42.64%
		Світовий Банк	33,200	0.00%	1,243,192	0.12%
		Інші багатосторонні	18,385,420	2.09%	20,312,379	2.00%
	Інші міжнародні джерела	14,004,825	1.59%	27,472,283	2.71%	
<b>Сума Міжнародних джерел</b>		<b>466,113,301</b>	<b>52.95%</b>	<b>608,835,624</b>	<b>60.09%</b>	
<b>Загальна сума витрат, UAH</b>		<b>880,296,584</b>	<b>100%</b>	<b>1,013,182,835</b>	<b>100%</b>	

*\*Дані не включають АР Крим, Луганську та Донецьку області*

Наведена таблиця демонструє зміни в частці фінансових джерел протягом останніх 2 років. Однак Глобальний Фонд продовжує залишатися найбільшим джерелом міжнародних коштів і його частка складає майже 44% від загальної суми витрат у 2013 році та майже 43% у 2014 році, а частка фінансування Уряду США збільшилася з 5% у 2013 році до 12% у 2014 році.

Аналіз даних відповідно до програмних напрямків показує, що ключові пріоритети витрат не суттєво змінилися протягом 2 років діяльності і у 2012 р. – лікування залишилося основним напрямком для витрат – 42.6% від загальної суми витрат у 2013 році та 39.7% у 2014 році. Збільшення витрат на забезпечення лікування ЛЖВ пов'язано з значним розширенням охоплення АРТ, яке відбулося в досліджуваній період – 12 813 нових пацієнтів у 2013 році та 11242 пацієнти у 2014 році.

На профілактику витрачається в середньому 27% усіх коштів (27.9 % у 2013 та 26.7 % у 2014 році); програми з адміністрування витрачають 21% усіх затрат у 2013 році та 24% у 2014 р. Розподіл національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні за роками та програмними напрямками, відповідно до вимог у матрицях GARPR 2016 (грн) наведений у табл. 13

Таблиця 13.

Розподіл національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні за роками та програмними напрямками, відповідно до вимог у матрицях GARPR 2016 (грн)\*

Програмні напрямки (формулювання відповідно до вимог матриць GARPR 2016)	HIV and AIDS programs	2013	2013, %	2014	2014, %
Профілактика передачі ВІЛ статевим шляхом	1. Prevention of sexual transmission of HIV	71,319,842	8.10%	72,084,468	7.11%
Профілактика ВІЛ-інфекції серед людей, що вживають ін'єкційні наркотики	2. HIV prevention for people who inject drugs	71,597,343	8.13%	72,385,160	7.14%
Профілактика передачі від матері дитині	3. Prevention of mother to child transmission	16,455,355	1.87%	13,782,191	1.36%
Універсальний доступ до лікування	4. Universal access to treatment	375,321,722	42.64%	402,532,332	39.73%
ТБ	5. TB	4,699,588	0.53%	9,278,470	0.92%
Управління програмами та забезпечення стійкої відповіді на епідемії ВІЛ	6. Governance and sustainability	187,249,544	21.27%	244,439,481	24.13%
Заходи впливу, в т.ч. адвокація та мобілізація громад	7. Critical enablers	20,040,280	2.28%	28,869,618	2.85%
Взаємодія з іншими секторами розвитку	8. Synergies with development sectors	47,129,820	5.35%	57,684,210	5.69%
Додаткові напрямки, що не є глобально важливими (всі заходи, що не увійшли у вище зазначене, переважно профілактика - безпека крові, профілактика серед ув'язнених тощо)	<i>Addendum items / Non-core global / Other</i>	86,483,090	9.82%	112,126,906	11.07%
Загальна сума, UAH		<b>880,296,584</b>	<b>100%</b>	<b>1,013,182,835</b>	<b>100%</b>

\*Дані не включають АР Крим, Луганську та Донецьку області

Уряд України вивчає варіанти збільшення державного фінансування на основі аналізу альтернативних варіантів фінансування, включаючи внески приватного сектора, обліку в державному секторі, загальне оподаткування, запозичення і соціальне медичне страхування. Обговорення альтернативних механізмів фінансування тривають (Додаток 1 – Національна матриця фінансування зв 2013-2014 рр.)

## **ВІЛ та інші захворювання**

### ***Показник 11.1 «Відсоток оціночного числа ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз, які отримували лікування як від туберкульозу, так і від ВІЛ-інфекції» - 4 994 осіб***

У 2015 році кількість осіб, які отримували АРТ серед пацієнтів, які розпочали лікування туберкульозу (як вперше діагностований, так і рецидиви), згідно форми № 58, яка подається регіональними центрами профілактики і боротьби зі СНІДом, становила 4 994 осіб. Дані не включають інформацію з тимчасово окупованих територій та Донецької області.

Для підрахунку зазначеного показника використано дані первинної облікової документації, а саме дані первинних облікових форм № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого» та № 510-3/о «Журнал реєстрації хворих, які перебувають на АРТ у лікувальному закладі».

### ***Показник 11.3 «Відсоток ВІЛ-інфікованих хворих на латентну форму туберкульозу у відношенні до нових випадків охоплених ВІЛ лікуванням впродовж звітнього періоду її» - 38,7%***

Загальна кількість осіб, які розпочали профілактичне лікування туберкульозу у 2015 році – 5745, загалом стали під медичний нагляд – 14846 (інформація з тимчасово окупованих територій та Донецької області відсутні). Таким чином відсоток людей, у яких було вперше встановлено ВІЛ-інфекцію та які розпочали профілактичне лікування туберкульозу від загальної кількості осіб, які стали під медичний нагляд у 2015 році становить - 38,7%.

Індикатор вимірюється вперше. В попередніх звітах вказувалася загальна кількість осіб, які отримали профілактичне лікування ізоніазидом, незалежно від часу знаходження під медичним наглядом. Слід врахувати, що частина осіб, які стали під медичний нагляд у 2015 році хворіла на туберкульоз і профілактичного лікування туберкульозу не потребувала, тому реальний відсоток пацієнтів, які охоплені профілактичним лікуванням серед осіб, які його потребували вищий. Дані щодо кількості осіб, які стали під медичний нагляд щодо ВІЛ-інфекції у 2015 році та мали туберкульоз відсутні.

### ***Показник 11.8 «Відсоток жінок, які мали доступ до допологової допомоги, які пройшли тестування на сифіліс при першому відвідуванні допологової допомоги» - 97,8%.***

Елімінація вродженого сифілісу та вертикальної передачі ВІЛ є ключовими цілями світової системи охорони здоров'я на 2015 рік, що потребує активної інтеграції програм скринінгу і лікування сифілісу серед вагітних з програмами профілактики передачі ВІЛ-від матері до дитини.

Дані щодо кількості тестувань на сифіліс вагітних збираються Державним закладом «Центр медичної статистики МОЗ України» за офіційною статистичною формою №21. Відсоток жінок, які мали доступ до допологової допомоги, які пройшли тестування на сифіліс при першому відвідуванні допологової допомоги зріс з 92,1% у 2009 р. до 97,8% у 2015 р.

Серологічне обстеження на сифіліс вагітних входить до переліку стандартних лабораторних досліджень, що проводяться при взятті вагітної на облік у жіночу консультацію. Відповідно до наказу МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» перше обстеження вагітної на сифіліс проводиться при постановці на облік, друге - у 29 тижнів вагітності.

### III. НАЙКРАЩІ ПРАКТИКИ

Сьогодні, в Україні продовжують надаватися основні послуги з лікування та профілактики ВІЛ-інфекції, які дозволяють зберігати досягнення та позитивні тенденції в боротьбі з ВІЛ/СНІДом. За період 2006-2015 рр. кількість осіб, які отримують АРТ, збільшилась майже у 20 разів - з 3 058 осіб до 60 753 осіб, частка закупівель антиретровірусних препаратів за кошти державного бюджету зросла в 13 разів - з 6% до 78%, доступ клієнтів до програм ЗПТ був значно розширений - з 160 до більш ніж 8 500 осіб, серед яких 41% ВІЛ-позитивні особи. За 12 років, за даними серологічних досліджень, рівень передачі ВІЛ від матері до дитини знизився в 7 разів - з 27,8 % в 2001 р. до 3,8 % в 2013 р.

Протягом 2014–2015 років в Україні продовжувалося напрацювання кращих практик та інноваційних підходів у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, створення сприятливого середовища та формування політики, що дали б змогу найбільш успішно реалізувати потенціал країни щодо відповіді на поширення епідемії ВІЛ-інфекції.

У данному розділі були наведені описи 23 найкращих практик, що були подані 10 організаціями за такими напрямками: профілактика ВІЛ-інфекції; лікування ВІЛ-інфекції, моніторинг та оцінка; адвокація та управління: інновації (табл. 14, Додаток 2).

Таблиця 14.

Перелік відібраних найкращих практик та інноваційних підходів у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, у 2014-2015 рр.

Напрямок	Назва	Виконавець
1. Профілактика ВІЛ-інфекції	Кейс-менеджмент у програмі ЗПТ та нові моделі проведення ЗПТ	МБФ «Альянс Громадського здоров'я» у партнерстві із МОЗ України, Українським центром контролю за соціально небезпечними хворобами на базі 173 закладів охорони здоров'я (ЗОЗ)
2. Профілактика ВІЛ-інфекції	Проект підтримки пацієнтів ЗПТ - біженців з Криму і внутрішньо переміщених осіб із зони АТО	МБФ «Альянс Громадського здоров'я»
3. Профілактика ВІЛ-інфекції	Збільшення доступності лікування ВІЛ-інфекції для представників груп ризику за принципами кейс-менеджменту (CITI - Community initiated treatment intervention)	МБФ «Альянс Громадського здоров'я»
4. Профілактика ВІЛ-інфекції	Інноваційний проект «Надання послуг зі зменшення шкоди підліткам, які споживають наркотики, в Україні: досягти не охоплених послугами».	МБФ «Альянс Громадського здоров'я»
5. Профілактика ВІЛ-інфекції	Розбудова потенціалу з метою реалізації якісних гендерно-чутливих інтервенцій зі зменшення шкоди в Україні для збільшення охоплення важко-доступних клієнтів послугами з тестування на ВІЛ та лікування. Покращення клінічних результатів лікування АРВ.	МБФ «Альянс Громадського здоров'я» Партнери: Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України Всеукраїнська благодійна

Напрямок	Назва	Виконавець
		організація «Всеукраїнська асоціація громадського здоров'я»; Асоціація учасників замісної підтримувальної терапії України; Інститут соціальної роботи та управління Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова.
6. Профілактика ВІЛ-інфекції	Профілактична робота зі статевими партнерами СІН	МБФ «Альянс Громадського здоров'я» та субгрантери
7. Профілактика ВІЛ-інфекції	Promotion of healthy lifestyle, safe behavior and condom demand generation among youth from eastern parts of Ukraine, affected by the ongoing armed conflict	UNFPA CO Ukraine Ministry of Social Policy of Ukraine; Local authorities (City Council of Kremenchug city). Administration of youth summer camp "Zoryaniy".
8. Профілактика ВІЛ-інфекції	Поширення стратегічної інформації щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед підлітків, у тому числі серед підлітків груп ризику через інноваційний майданчик онлайн платформи «Центр Знань»	Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка
9. Профілактика ВІЛ-інфекції	Підвищення мотивації проходження тестування на ВІЛ серед підлітків у рамках інформаційної кампанії «Get tested!»	Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка
10. Профілактика та лікування ВІЛ-інфекції	Сприяння підвищенню результативності комплексних, інтегрованих та сталих послуг в рамках відповіді на епідемію ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні	УНЗ ООН, державні наркологічні клініки в Полтаві, Харкові та Києві Проект HIV/PLEDGE за підтримки USAID (Підвищення ефективності заходів правоохоронних органів, пенітенціарної системи та наркологічної служби у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу)
11. Профілактика ВІЛ-інфекції	Застосування принципу глобальної солідарності та спільної відповідальності у швидкому прискоренні для подолання СНІД в Україні.	Об'єднання зусиль МОЗ України, Українського Центру контролю над соціально небезпечними хворобами, ЮНЕЙДС та Агенції міжнародної співпраці Німеччини GIZ.
12. Профілактика ВІЛ-інфекції	Проведення добровільного консультування та тестування на ВІЛ для працюючих жінок та чоловіків як важливий компонент запобігання поширенню ВІЛ в Україні	Міжнародна організація праці (МОП)
13. Профілактика ВІЛ-інфекції Догляд та підтримка Адвокація	Раннє виявлення ТБ серед груп ризику. Покращення клінічних показників лікування на ВІД серед пацієнтів з Ко-інфекцією.	МБФ «Альянс Громадського здоров'я»

Напрямок	Назва	Виконавець
14. Лікування ВІЛ-інфекції	Програма з використання портативних аналізаторів Alege PIMA для визначення кількості CD4 лімфоцитів у представників груп ризику (PIMA-програма)	МБФ «Альянс громадського здоров'я» (далі – Альянс) у співпраці із ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» (УЦКС), Американським Мікробіологічним Товариством (АМТ) та Центрами контролю та профілактики захворювань, США (CDC) у 2015 році реалізовувалась програма з використанням портативних аналізаторів Alege PIMA для визначення кількості CD4 у представників груп ризику (PIMA-програма).
15. Лікування ВІЛ-інфекції	Лікування ВГС у ВІЛ-позитивних представників уразливих груп в Україні	МБФ «Альянс Громадського здоров'я»
16. Лікування ВІЛ-інфекції	Вплив підвищення кваліфікації сімейних лікарів на залучення людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) до каскаду медичних послуг в загальній системі охорони здоров'я України	ВБО Всеукраїнська Мережа ЛЖВ, в рамках USAID проекту RESPECT
17. Моніторинг та оцінка	Забезпечення якості даних, що відповідають за моніторинг забезпечення лікування АРТ та його якість.	МБФ «Альянс Громадського здоров'я»
18. Моніторинг та оцінка	Посилення використання даних на регіональному рівні: триангуляція та моделювання розвитку епідемії ВІЛ	МБФ «Альянс Громадського здоров'я»
19. Моніторинг та оцінка	Визначення рівня захворюваності на ВІЛ серед ключових груп та розбудова кадрового потенціалу медичних та лабораторних працівників	МБФ «Альянс Громадського здоров'я»
20. Моніторинг та оцінка	Національний портал стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу – сучасний онлайн-ресурс візуалізації та аналізу даних для прийняття управлінських рішень	Проект USAID RESPOND
21. Адвокація та управління	Картування послуг для ЛЖВ та поширеності ВІЛ-інфекції як обґрунтування прийняття рішень про відкриття нових сайтів АРТ у Запорізькій області, Україна	Проект USAID RESPOND
22. Адвокація та управління	Запуск системи електронних закупівель ProZorro сприяє поліпшенню доступу до життєво необхідного лікування	ВБО Всеукраїнська Мережа ЛЖВ, в рамках USAID проекту RESPECT
23. Інновації	інноваційні проекти "Fair Play - Чесна Гра" і "Маршрут безпеки"	та Агенції міжнародної співпраці Німеччини GIZ.

#### IV. СИСТЕМА МОНІТОРИГУ І ОЦІНКИ

У 2015 році в Україні продовжився процес розвитку єдиної системи моніторингу та оцінки (далі – ЄС МіО). В рамках реалізації Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки наказом Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань від 15.01.2015р. №2 затверджено План моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки.

Одним з найбільш розвинених компонентів ЄС МіО продовжує залишатися система рутинного епідеміологічного нагляду яка фінансується майже повністю за рахунок державного бюджету і використовує новітні міжнародні підходи та рекомендації.

Іншим усталеним джерелом даних МіО є програмний моніторинг діяльності НУО, які впроваджують проекти, зокрема, в рамках виконання грантових програм Глобального фонду за фінансової підтримки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» та МБФ «Альянс громадського здоров'я», а також біоповедінкові, епідеміологічні, економічні та інші дослідження й оцінки. Ці елементи системи МіО відзначаються застосуванням сучасних методологічних підходів та інструментів, характеризуються високою якістю даних. Ця діяльність фінансується переважно за рахунок міжнародних джерел, тому – її стійкість та подальший розвиток є знаходиться під загрозою з огляду на можливість скорочення такого фінансування.

На сьогодні, єдина національна система МіО представляє собою розгалужену мережу національних та регіональних установ та організацій державного і громадського секторів. Незважаючи на наявні проблеми, впродовж 2015 року в сфері МіО відбулись позитивні зрушення. Серед основних досягнень за 2015 рік можна виокремити такі:

- Затвердження обласних цільових соціальних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки на виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки (далі – Загальнодержавна програма) у 18 регіонах України. Затвердження регіональних планів заходів щодо проведення моніторингу та оцінки виконання планів моніторингу та оцінки виконання Загальнодержавної програми.
- Розвиток регіональної системи моніторингу та оцінки в Україні, що являється невід'ємною складовою ЄС МіО, протягом 2015 року відбувалось в рамках виконання завдань Загальнодержавної програми за фінансової підтримки Державного бюджету України та програми Глобального фонду «Інвестиції заради впливу на епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції». Станом на 01 січня 2016 року у складі 24 регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом (далі - РЦС), у якості окремих структурних підрозділів, свою діяльність здійснювали 24 регіональні центри МіО (далі – РЦ МіО). Окрім цього, 2 РЦ МіО функціонували, як окремі структурні підрозділи у складі Київського та Криворізького міських центрів СНІДу.
- У 2015 році, вперше в штатному розписі Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, був створений окремий Відділ профілактичної, організаційно-методичної роботи та моніторингу і оцінки програмних заходів, на штатних фахівців якого повністю було покладено функції за компонентом МіО у сфері ВІЛ/СНІД. Таким чином, у 2015 році в кожному із 24 РЦС функціонували РЦ МіО як окремі структурні підрозділи в штатних розписах РЦС.
- Станом на 01 січня 2016 року загальна кількість штатних одиниць в регіональній системі МіО складає 80,75. Із загальної кількості штатних одиниць – станом на 01.01.2016 р.

- зайнято 64,25 посад, що складає 80 %, та є свідченням недостатньої укомплектованості штатними одиницями.
- З метою ефективної імплементації положень Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, на 2014–2017 роки та відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 472 від 29.07.2015 р., з 5 по 9 жовтня 2015 року в Україні було проведено оцінку епідеміологічного нагляду за інфекційними захворюваннями. Оціночна місія включала оцінку епіднагляду на національному рівні та у 6 регіонах України – Дніпропетровська, Житомирська, Львівська, Одеська, Рівненська області та м. Київ.
  - У рамках цього заходу були визначені сильні сторони існуючої системи епіднагляду та контролю за інфекційними захворюваннями, її організації та функцій для подальшого вдосконалення. Також оцінено потенціальний розвиток національного плану дій щодо виявлених потреб за основними компонентами системи: управління охороною здоров'я (включаючи інституційну сталість); розвиток потенціалу людських ресурсів; епіднагляд; готовність і відповідні дії щодо громадських надзвичайних ситуацій, включаючи великі спалахи інфекційних захворювань; національна система мікробіологічних лабораторій громадського здоров'я; програми боротьби з захворюваннями.
  - Систематичне проведення навчальних заходів для фахівців у сфері МіО, які працюють як на національному, так і регіональному рівні.
  - Проведення в 2015 році Шостої національної науково-практичної конференції з моніторингу та оцінки «Зміцнення єдиної системи моніторингу та оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні: нові моделі, кращі практики», в рамках якої було представлено ключові напрацювання та досягнення системи МіО заходів протидії системі ВІЛ-інфекції в Україні, а також роль системи МіО в умовах реформування охорони здоров'я. Конференція пройшла під егідою Міністерства охорони здоров'я України та була зареєстрована у Реєстрі з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, семінарів і пленумів на 2015 рік. У Конференції взяли участь понад 200 національних та міжнародних експертів у сфері лікування, профілактики, МіО заходів з протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу. За підсумками Конференції були напрацьовані конкретні кроки до забезпечення ефективного управління орієнтованого на результат на прикладі кращих практик у сфері МіО.
  - Впровадження медичної інформаційної системи «ВІЛ-інфекція в Україні» (далі – МІС ВІЛ), що є важливим компонентом функціонування Єдиної інформаційної системи охорони здоров'я України. Питання розробки та пілотування МІС ВІЛ включено до Комплексного плану розширення доступу населення до профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні у 2015 – 2016 роках. Відповідно до наказу МОЗ України від 27.11.2015 р. №799, у Вінницькій, Одеській областях та м. Київ запроваджено дослідну експлуатацію Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції.
  - Одними з ключових партнерів держави у розвитку ЄС МіО на національному рівні залишаються представники громадського сектору, благодійні організації, міжнародні фонди тощо. Так, представники ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» як основні реципієнти Програми «Інвестиції заради впливу на туберкульоз та ВІЛ», за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, докладають значних зусиль для підтримки та розвитку



систем МіО громадського сектору, забезпечують проведення важливих поведінкових та біо-поведінкових досліджень, володіють високим рівнем експертизи на національному рівні тощо.

- ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» використовують в своїй роботі сучасні інструменти збору, накопичення та обробки інформації, що дозволяє підтримувати високу якість даних та здійснювати глибокий аналіз результатів програмної діяльності регіональних партнерів, які впроваджують проекти на всій території України.
- З метою методологічної підтримки впровадження системи якості даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на національному та регіональному рівнях, у відповідності до Наказу УЦКС від 11.02.2014 р. № 8 «Про впровадження діяльності із забезпечення якості даних в системі моніторингу та оцінки заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу», створено Комісію із забезпечення якості даних в системі моніторингу та оцінки заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (далі – Комісія). У 2015 році, в рамках діяльності Комісії, шляхом використання електронного інструменту оцінки якості даних, фахівцями РЦ МіО було проведено оцінку трьох індикаторів Національного плану МіО на базі 56 лікувально-профілактичних закладів у 19 регіонах України (в тому числі на районному рівні).
- У відповідності до Наказу МОЗ України №326 від 15.05.2014 р. «Про відділ моніторингу і оцінки заходів протидії захворюванню на туберкульоз у протитуберкульозних закладах» у 2015 році в Україні продовжився процес розбудови регіональної системи МіО у сфері туберкульозу. Станом на 01.01.2016 р. у складі 18 обласних протитуберкульозних диспансерів створені та діють РЦ МіО як окремі структурні підрозділи у штатних розписах закладів.
- У вересні 2015 року, в рамках програми Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією «Інвестиції заради впливу на епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції», у Волинській та Рівненській областях розпочато реалізацію пілотного проекту щодо створення та функціонування об'єднаних відділів моніторингу та оцінки з протидії захворювань туберкульозу/ВІЛ-інфекції (ТБ/ВІЛ). Станом на 01 січня 2016 року, основні результати пілотів, у двох регіонах такі: створення об'єднаних відділів ТБ/ВІЛ регламентовані наказами Департаментів охорони здоров'я ОДА; розроблені та затверджені наказами ДОЗ ОДА Положення про об'єднання відділів ТБ/ВІЛ; розроблені та затверджені, на рівні закладів, нові посадові інструкції; при обласних Координаційних радах створені робочі групи МіО ВІЛ/ТБ; у відповідності до потреб кожного з регіонів, розроблено нові індикатори МіО стану та заходів протидії поширенню поєднаної інфекції ВІЛ/ТБ тощо. Реалізація проекту з об'єднання відділів МіО ТБ/ВІЛ продовжиться у 2016 році.
- З метою забезпечення прозорості та оптимізації доступу до ключової інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції, на запит ДУ «Український центр контролю за соціальними захворюваннями МОЗ України», за технічної підтримки проекту USAID RESPOND, у 2015 році розпочав функціонування Національний портал стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (далі – Національний портал). Національний портал – це окремий сайт, який об'єднує у собі кілька інтерактивних інтернет-ресурсів у сфері МіО та стратегічної інформації з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, а саме: «Регіональні профілі он-лайн», «Картування», «ДевІнфо – електронна база показників у сфері ВІЛ/СНІД», «Реєстр інтервенцій у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», «Реєстр ВІЛ-сервісних організацій та донорів, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні»,

- «Центри МіО в Україні», «Електронна бібліотека публікацій», «План досліджень», «План тренінгів».
- У 2015 році, в рамках співпраці ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України» та Міжнародного центру підготовки та освіти з питань охорони здоров'я університету штату Вашингтон (I-TECH), розвитку та посилення набув один із новітніх напрямків у сфері МіО – Клінічна оцінка для посилення систем (CLASS), що передбачає вивчення кращого досвіду діяльності закладів, які надають послуги медико-соціального супроводу ВІЛ-інфікованим пацієнтам, виокремлення тих сфер діяльності, що потребують посилення з метою подальшого зміцнення системи наявних послуг, поліпшення їх якості. Станом на 01.01.2016 р. у 7-и регіонах України, на базі 13-и закладів було проведено якісну оцінку за методикою CASS.
  - Потягом 2015 року фахівцями ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України» було підготовлено проект методичних рекомендацій щодо використання методики CLASS для моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я України за напрямком протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. У методичних рекомендаціях викладено загальні принципи та основні рекомендації з організації та проведення оцінки закладів охорони здоров'я та організацій, які надають інші послуги в сфері профілактики та лікування ВІЛ, за методикою CLASS.
  - У 2015 році, фахівцями Національного університету «Києво-Могилянська академія» закінчено розробку навчального курсу з питань моніторингу та оцінювання та здійснено його адаптацію на базі навчального закладу.

### ***Проблеми у впровадженні повноцінної системи МіО***

Загалом розвиток ЄС МіО визначається значним прогресом на національному та регіональному рівнях, але комплексного підходу та розуміння суті й змісту МіО, як інструменту державного управління, все ще бракує.

Станом на 01.01.2016 р. не в повній мірі залишається виконаною рекомендація Комплексної зовнішньої оцінки національних заходів у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції, проведеної у 2008 році щодо створення національного центру МіО як надзвичайно важливого компоненту для майбутнього прогресу у створенні ЄС МіО. В кінці 2009 року почав функціонувати Український центр моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІД (далі – УЦ МіО), створений як структурний підрозділ ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України». На цю структуру покладені обов'язки з організаційно-методичного забезпечення та координації процесів збору, аналізу та представлення даних МіО. Однак УЦ МіО не є самостійною організаційною одиницею і не може координувати заходи з розбудови ЄС МіО, оскільки не має відповідних повноважень, що необхідні для спрямування окремих інформаційних потоків у єдину систему МіО. Таким чином, у 2015 році актуальним так і залишилось питання забезпечення координації усіх національних зусиль у сфері МіО відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в країні.

Таким чином, основними проблемами на шляху повноцінного впровадження ЄС МіО та використання її потенціалу є:

- відсутність внутрішньодержавного запиту на постачання інформації для використання її в управлінні з метою покращення політик і програм, забезпечення ефективності використання фінансових ресурсів, досягнення декларованих цілей щодо відданості справі боротьби з епідемією;

- відсутність ефективної співпраці координації зусиль всіх партнерів (національних, міжнародних, державних, громадських тощо) в у сфері МіО – як на національному, так і на регіональному рівнях.

Наслідками двох вище зазначених проблем є ряд перешкод у процесі розвитку ефективної ЄС МіО, зокрема:

- наявність де-юре єдиної координаційної структури з питань МіО та її неспроможність де-факто виконувати координаційну функцію;
- практично повна відсутність державного фінансування заходів з МіО як на національному, так і на регіональному рівнях;
- недосконалість нормативно-правових актів, що регулюють діяльність у сфері МіО;
- відсутність професії «Фахівець з питань МіО» в класифікаторі професій. Відсутність системної підготовки професійних кадрів через систему вищої освіти в Україні;
- ускладнений доступ до накопичених даних;
- недостатній рівень розвитку інфраструктури та брак сучасних інструментів, які використовуються для накопичення та аналізу великих обсягів даних (епідеміологічних, лікування тощо) в державному секторі протидії епідемії на національному та регіональному рівні. Відсутність відповідного фінансування та стратегії залучення представників ІТ-бізнесу до розвитку такої інфраструктури;
- неможливість забезпечити стає фінансування;
- відокремленість системи МіО Державної пенітенціарної служби України від системи МіО, яка функціонує в ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України».

### ***Заплановані заходи для подолання проблем***

Актуальність перегляду стратегій та політик щодо організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні обумовлена не тільки поступовим зменшенням зовнішнього фінансування, але і появою в світі нових доказових комплексних підходів та рекомендацій для громадської охорони здоров'я, особливо в умовах обмежених ресурсів, спрямованих на розширення використання АРВ-препаратів для лікування та профілактики ВІЛ, поступове виконання яких в повному обсязі можуть попередити появу нових випадків смертей від хвороб, зумовлених СНІДом, та нових випадків ВІЛ-інфекції.

В умовах обмежених ресурсів та потреб, що зростають, як ніколи очевидно стає необхідність правильно визначати пріоритети та спрямовувати ресурси на ті заходи, які потенційно призведуть до найбільшого впливу на епідемічний процес. В свою чергу, перехід до фінансування програм по боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІДу за державний кошт потенційно збільшить попит на державному рівні на якісні дані та аналітичну інформацію. Як наслідок, може відбутись світоглядний прорив, і запит на якісні дані для забезпечення управління, орієнтованого на результат, буде чітко озвучений на державному рівні.

Подальший розвиток ЄС МіО буде можливим за таких умов:

- узгодження дій всіх партнерів у сфері МіО на основі консолідованого національного плану МіО, що відповідає реальним інформаційним потребам країни, а також враховує зовнішні зобов'язання країни щодо міжнародної звітності;
- перегляд повноважень та відповідальності національного центру МіО, нормативно-правове закріплення його статусу, а також відповідні кроки щодо центрів МіО на субнаціональному рівні;

- розробка та впровадження керівних документів у сфері МіО відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції, серед яких: політика управління знаннями, національний порядок денний досліджень у сфері ВІЛ, методологічні посібники та протоколи досліджень і оцінок, перегляд існуючих та визначення пріоритетних показників тощо;
- посилення кадрового потенціалу спеціалістів з МіО щодо аналізу та використання даних для прийняття стратегічних рішень з формування ефективної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні. Розбудова потенціалу спеціалістів з МіО щодо забезпечення та аналізу якості даних на усіх рівнях;
- розробка стратегії розвитку єдиної системи моніторингу і оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширення епідемії ВІЛ-інфекції, у рамках Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки»;
- розроблення та запровадження в практичну діяльність сучасних інструментів та баз даних для накопичення, обробки та аналізу великих обсягів даних, підтримка та розвиток відповідної інфраструктури, профільного навчання фахівців національного та регіонального рівнів.

### ***Потреби в технічній допомозі й розвитку спроможності з МіО***

Серед потреб наявної системи МіО в технічній допомозі варто виокремити такі основні напрями з розроблення:

- стратегії розвитку системи МіО програм лікування (АРТ, ЗПТ, ОІ, ВІЛ/ТБ, ВІЛ/ВГ тощо);
- стратегічних документів, зокрема: політики з МіО та політики щодо управління знаннями;
- вичерпного картування наявних інформаційних потоків у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та проведення аналізу системи інформаційного обміну з метою виявлення дублювань чи прогалин у цій системі;
- вичерпного багатомодульного навчального курсу з МіО та допомога у його впровадженні.

Серед основних коротко- та довготермінових заходів із розвитку спроможності ЄС МіО можна виокремити наступні:

1. Розробити стратегію розвитку єдиної системи моніторингу і оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширення епідемії ВІЛ-інфекції, у рамках Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки».
2. Забезпечити використання даних моніторингу та оцінки як невід’ємної складової процесу розробки, впровадження та розвитку відомчих, регіональних та місцевих програм протидії епідемії ВІЛ-інфекції.
3. Розробити механізми, керівництва та інструменти верифікації отримуваних даних (в рамках рутинного збору, спеціальних досліджень та ін.) з метою забезпечення контролю якості даних. Забезпечити проведення оцінки якості даних на всіх рівнях.
4. Забезпечити впровадження та сталість взаємодії усіх ключових партнерів єдиної системи моніторингу і оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширення епідемії ВІЛ-інфекції у частині збору, обміну, узагальнення та розповсюдження даних на усіх рівнях.

5. Використовувати для подальшого розвитку системи моніторингу та оцінки кращі міжнародні та національні практики та підходи із урахуванням регіональних потреб та специфіки розвитку субепідемій в Україні.
6. Сформувавши національний план досліджень та забезпечити чіткий механізм координації проведення досліджень у сфері протидії соціально-небезпечних хвороб.
7. Розробити стандартні підходи для оцінки ефективності профілактичних втручань з метою адекватного розподілу фінансових та технічних ресурсів, в т.ч. із джерел гранту ГФ.
8. Удосконалити систему моніторингу та оцінки медичних програм відповідно до міжнародних рекомендацій та національних потреб.
9. Запровадити окремий напрямок МіО ефективності лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на своєчасне лікування та запобігання виникнення опортуністичних інфекцій (ОІ), шляхом перегляду та внесення змін до медичних статистичних форм щодо обліку випадків ОІ для визначення показників захворюваності і поширеності ОІ серед ЛЖВ, а також ролі окремих нозологічних одиниць у інвалідизації та смертності ЛЖВ, тощо.